عدد ممتاز

علم النفس

مجلة فصلية
تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب
العدد السابع والثلاثون - يناير - فبراير - مارس ١٩٩٦
السنة العاشرة

علم النفس



العدد السابع والثلاثون - يناير - فبراير - مارس ١٩٩٦ - السنة العاشرة

علم النفس



مجلة فصلية

تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب

الهيئة المصرية العامة للكتاب

فى هذا العدد



كلمة التحرير

يتجه بعض الباحثين إلى دراسة موضوعات استنفذ بحثها بحيث أصبحت لاتشكل أهمية سواء من ناحية اختيار الموضوع أو من ناحية تناوله ومعالجته.

وإذا كنا نستقبل القرن الحادى والعشرون فإن الأمر يستلزم التفكير فى تناول موضوعات جديدة وبأساليب معالجة جديدة. وخاصة ونحن ندخل عصر المعلوماتية وما يستتبعه ذلك من تغيير فى المدركات وأسلوب معالجة الأمور. كذلك فإن دخول تكنولوجيا التعليم له أبعاد كثيرة متنوعة، بعضها يتعلق بعملية الإستخدام والآخر بالنتائج ومايترتب على ذلك من تغير فى أساليب البحث والأداء ومايترتب على ذلك أيضا من نتائج تدفع بالبحث العلمى إلى مسايرة القرن القادم البالغ التغيير.

وأهم مانحتاجه الآن هو اختيار موضوعات تتناسب مع إنسان القرن القادم.

ونحن نأمل مع الدخول فى عام جديد أن ترد إلى المجلة البحوث التى تعتمد على الأساليب الحديثة من حيث الموضوع والتناول وأسلوب معالجة النتائج.

ويتضمن العدد التالى بعض دراسات جديدة قدمها مجموعة من أساتذة علم النفس والطب النفسى بغرض تقديم رؤى هامة قابلة للنقاش من قبل الأساتذة، وقد قدموها تكريما لدخول مجلة علم النفس العام العاشر.

كما يتضمن هذا العدد أيضا بعض البحوث الجديدة وإن تكن معالجتها مألوفة. مثال ذلك بحث حاسة الدعابة لدى بعض طلاب الجامعة «دراسة فى ضوء بعض المتغيرات النفسية». وبالرغم من أن سيكولوجية النكتة والدعابة قد درست فى الخارج منذ أمد بعيد إلا أنه - وعلى حد علمنا - يعتبر هذا البحث الأول فى الموضوع وخاصة فيما يتعلق بطلاب الجامعة وما طرأ على شخصياتهم من تغيرات يدخل بعضها فى الإيديولوجيات التى تنعكس بدورها على روح الدعابة.

ويأتى موضوع «المساندة النفسية الإجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفضٍ إلى الموت» كموضوع هام ينبغى الإلتفات إلى نتائجه وهو يعبر عن الحاجة إلى المساندة. فقد تبين من دراسات أجريت مؤخرا فى أمريكا على مرضى السرطان أنه بالرغم من معرفتهم بأن الموت قريب إلا أنهم استطاعوا عبور اليأس بالمساندة النفسية وبالإنغماس فى أنشطة الحياة والعمل والمرح مما خيب توقعات الأطباء واستمرت حياة المريض مدة أطول بكثير مما سبق وتقرر.

وبالعدد أيضا بحث «ذاكرتا التعرف السمعى والإستدعاء البصرى المكانى لدى العصابيين والفصاميين السعوديين». ويعتبر من البحوث الجديدة على المجتمع السعودى والتى ينبغى أن يتسع نطاق تناولها وخاصة وأن المجتمع السعودى يعتمد على الأساليب التكنولوجية الحديثة فى التعليم وفى مجالات أخرى بينما هناك تمسك بأسلوب الحياة اليومية.

نأمل أن نستقبل القرن القادم ونحن مستعدون له عقليا ونفسيا.

رئيسة التحرير

أ. د كاميليا عبد الفتاح

علم النفس
تأملات فى تاريخه وخواطر حول مستقبله

أ. د. فرج أحمد فرج
أستاذ علم النفس / المتفرغ
كلية الآداب ـ جامعة عين شمس

مقدمة

أترك العنان لخواطرى فى هذا المقال استجابة لأمرين أولهما الاحتفال بمرور عشر سنوات على صدور هذه المجلة الغراء عقد كامل من الجهد الموصول، صالت المجلة وجالت، وتواصل جهد الزملاء والأبناء، أما ثانيهما فخاص بى أنا، أعنى انتهاء طور وبداية طور من أطوار الحياة والعمل والفكر والتأمل، فهأنذا أنتقل من صفوف الأساتذة العاملين إلى صفوف الأساتذة المتفرغين أراجع حصاد العمر وأتأمل كرّ السنين، وأقوّم ما فات وأتطلع أيضا إلى غد أرجوه ـ للأبناء من شباب الباحثين والأساتذة ـ أكثر إشراقا وخصبا، وأوفر عطاءً.

١ـ فى البدء كانت الأسطورة ... أو [العصر القـــديم]. لا تنفصل الأشياء ظواهر كانت أو علوما عن تاريخها، فتاريخها هو سجل حركتها وتطورها ولعل ذلك ـ فيما أرى ـ يصدق أشد ما يصدق على النفس وتاريخ دراستها وميلاد علومها. ولعلنى أتبع ما هو مألوف فى تقسيم حركة التاريخ إلى ثلاث مراحل كبرى، أو ثلاثة عصور رئيسية، العصر القديم فالعصر الوسيط ثم العصر الحديث.

وإذا كان المتعارف عليه أن يؤرخ لميلاد «علم النفس» بعام ١٨٧٩ ذلك العام الذى أسس فيه فيلهلم فونت معمله الشهير، فذلك فيما أرى موقف إيديولوچى، لا موقف علمى موضوعى، هو موقف ينحاز إلى تيار تاريخى يرى فى النزعة الإمبيريقية التجريبية وفى محاكاة النموذج الطبيعى والبيولوچى نموذج العلم الأوحد. لعل هذا التاريخ هو تاريخ بداية هذه المحاكاة ... أو على أحسن الأحوال بداية المحاكاة التجريبية.

لكن بداية الحدس أو الاجتهاد أقدم من ذلك بكثير وبكثير جدا جدا.

إنها بداية الإنسان بما هو إنسان .. بداية الوعى بالوجود والعالم أو قل بوجود الإنسان فى العالم يتخلق فى رحم الأسطورة من حيث هى تفسير له مقومات الحلم أو حلم يتشكل فى رحمه بدايات حدس ينشد التفسير ... بدايات الإنسان هى بدايات وعيه، ذلك الوعى الذى يتخلق أول ما يتخلق فى بنيان أسطورى ... ولعلنا نوجز فنشير إلى أشهر أسطورتين صاغتا ميلاد فهم وبداية معرفة أعنى أسطورة أوديب وأسطورة نرجس، ولا ننس أنهما معاً يشكلان بنيان التحليل النفسى فى أحدث، وأنضج صورة المعاصرة، أعنى المدرسة الفرنسية اللاكانية.

العصر القديم عصر الأسطورة والوثنيات هو بداية البداية تتجلى على هذا النحو الساذج وبهذه اللغة ذات الطابع الرمزى الخيالى وأساطير هذا العصر هى السجل «الحضرى» لأبسط وأول أشكال الوعى الإنسانى بأحوال النفس .... مخاوفها ... شهواتها ... نزواتها ... صراعاتها العاتية الضارية تتجسد فى آلهة وأنصاف آلهة، تتمثل فى مسخ [جمع مسخة] وكائنات أسطورية، فى جنيات وكائنات خارقة وفى ذلك الامتزاج الغريب بين البشر والآلهة فإذا الكائن نصف إله ونصف بشر ... هى خطوات الوعى الأولى بجوانب عميقة وخفية فى النفس ... ولكنها خطوات تتخبط فى ... فى عالم، الصورة وعالم المتخيل وهى تخطو أولى خطواتها إلى الرمزى.

٢ ـ ثم جاء العصر الوسيط [عصر الإيمان والأديان السماوية]

وإذا كان العصر القديم، عصر الأساطير والوثنيات هو عصر الميلاد، بل ربما كان عصر ما قبل الميلاد، ميلاد الوعى وانبثاق العقل. ربما كان هو الرحم الذى يتخلق فى ثناياه ما يكشف عنه الميلاد، من وعى وليد ولقد ولد هذا الوعى وخرج إلى الوجود فى هيئة أسطورة ما لبثت أن تطورت بالتدريج إلى ضرب من الإبداع الجمعى، تتناقله الأفواه تراثا شفويا، ثم إذا بهذا التراث الشفوى ـ الفلكلور ـ ما لبث أن وجد من المبدعين من يتلقفونه ويسجلونه ويطورونه، وهل ننسى تلك الأعمال الخالدات، ثلاثية أوديب لسوفوكليس، وإلياذة هوميروس، و إنيادة AENEID فرجيل، ثم مسخ الكائنات Metamorphoses لأوفيد ... لقد ولدت الكتابة وظهرت الكلمة المكتوبة والأعمال الأدبية والإبداعية الكبرى وصار لها مؤلف تقرن باسمه بعد أن كانت تراثا فلكلورياً تتناقله الألسنة وتتداوله الرواة. التطور إذن من الأسطورة إلى المسرح (اليونانيين) ثم يتفجر إلى الطفرة المعجزة الفلسفة اليونانية، وأعلامها الثلاثة العظام سقراط، أفلاطون، أرسطو .... وهنا نذكر مقولة مصطفى صفوان لقد عرف فرويد الإنسان بلغته بما هو «حالم» مثلما عرّفه أرسطو بلغته بما هو عارف يتمخض الحلم الأسطورة بما هو رغبة، عن المنطق والعقل بما هو «لوجوس Logos ـ أى لغة ومنطقا ومعرفة.

وهكذا بميلاد الإبداع من رحم الأسطورة يتخلق العقل منطقا ولغة ومعرفة وتعرف البشرية كتابا لرائد الفلسفة اليونانية وعلم أعلامها أرسطو يحمل إسم «النفس». ولعل هذا الكتاب يشهد بميلاد أوّل لعلم النفس فى رحاب الفلسفة.

وبهذه الطفرة يُسدل الستار على هذا الطور من أطوار تاريخ الإنسان وتاريخ العقل وتاريخ الحضارة ليبدأ الطور الثانى الذى يسمى بالعصر الوسيط عصر الديانات السماوية الكبرى اليهودية و المسيحية والإسلام، تتراجع الوثنيات ويظهر التوحيد. إله واحد خلق الكون بأسره وأبدع الوجود كله وحده بلا شريك .. وجعل على رأس مخلوقاته الإنسان وسخر له ما فى الكون وأنعم عليه بالعقل وخصه بالرسل والأنبياء وكرمه بكتبه السماوية وحدد له «الشرائع»، وعلمه ما لم يعلم ولا نسترسل، بل نوجز، بل حتى نقتضب ... الإله الواحد والأصل الواحد للبشر جميعا ـ آدم ـ والشريعة الواحدة يقف الجميع سواسية أمامها ثم الموت فالبعث فالحساب فالثواب فالعقاب ـ الجنة والنار ... هذا هو الطور الطفرة فيه يخلق الإنسان خلقا جديدا ويتشكل الوعى تشكلا جديدا.

فإذا كان العصر القديم قد شهد ميلاد «العقل» من رحم الحلم. فالعصر الوسيط قد شهد ميلاد «الضمير» و «القلب» و «الروح» أو قل بلغة جاك لاكان أن العصر القديم قد شهد ميلاد الأنا Ego بالمعنى اللاكانى الدقيق لا بالمعنى الفرويدى الدارج، الأنا بما هو بعد المتخيل l'imaginaire الأنا بما هو اغتراب Alienation فى البعد والأشياء، بما هو عداوة واضطهاد و ذوبان وانصهار ـ ولعل العمر يمتد بنا فيسمح لنا أن نبسط هذه الأفكار على نحو أكثر تفصيلا ووضوحا فى مقالات تالية. أقول كانت الأساطير والوثنيات عالما بأسره من العداوة والشر والاضطهاد والعذاب والعقاب، وأيضا الضياع النرجسى.

أما العصر الوسيط فقد أخذ بيد الإنسان إلى آفاق غير مسبوقة، إنها آفاق القانون والشريعة LeLoi .. لقد امتلك الإنسان كتابا - الكتب المقدسة ... ألا يقسم العامة منا فيقولون «كتاب الله» وجدير بالذكر أننا ننسى ذلك الفرق الهائل بين قوانين البشر وشرائع السماء وأننا ننسى بخاصة أمرين لهما أهمية حاسمة فى تشكيل البنيان النفسى للإنسان وهما «التوبة» من جانب الإنسان و «المغفرة» من جانب الخالق ... ثم ما يتميز به الخالق فى الأديان السماوية - على عكس الوثنيات، ولعل الأمر - بحسب ما نعرف - يتجلى أوضح ما يكون فى الإسلام فالإله هو الرحمن .. الرحيم ... الغفار .. الغفور .. الرازق ... الرزّاق .. المغنى .. المعطى .. الوهاب وهكذا يتخلق فى البنيان النفسى للإنسان بفضل ما تحققه الأديان السماوية الكبرى وجه آخر من وجوه النفس البشرية إنه ذلك الذى يتعلق بالأنا الأعلى وتكوين البعد الرمزى والسيطرة على النزعات العدوانية والتنافسية والشهوية الغريزية ... إلخ

إنه بلغتنا عصر ميلاد الضبط «والتنظيم والتعايش مع الغير....

لذلك لا يتحقق لدارس النفس الفهم العميق للبعد الوجدانى والأخلاقى دون فهم البعد الدينى فى حياة الإنسان وفى تطور البشرية والوعى البشرى.

ويجىء العصر الحديث [عصر الثورة العلمية الصناعية والنظام الرأسمالى وميلاد الفردية والتنافس]

إذا كان العصر القديم هو الأطروحة فإن العصر الوسيط هو نقيض الأطروحة، لذلك لابد أن يكون العصر الحديث هو جماع الأطروحة. كان القديم هو الميلاد ميلاد الإنسان بما هو إنسان، ميلاد العقل واللغة والعمل والرغبة تمتزج جميعها وتختلط على نحو شديد الأولية والبدائية، كان الإنسان يعيش الواقع حلما والحلم واقعا، لا يفاصل بين نفسه وغيره من البشر، بل ولا بين الوجود البشرى والوجود الطبيعى فإذا الأشياء تتأنسن، يرى فى الأحجار والأنهار والأشياء حركة وحياة وإرادة .... هذا هو الإختلاط والامتزاج والانصهار على نحو لا نجده فى عالمنا اليوم إلا فى الحلم والجنون ولدى صغار الأطفال ولدى من يقعون تحت سطوة أشد المخدرات تأثيرا وفتكا.

ومن رحم هذا المزيج وفوضاه يتخلق جديدا، خطوة بعد خطوة ليتحقق فى نهاية الأمر ذلك الانتقال الخلاق من كيف إلى كيف، فيكون الانتقال من فوضى النزوات إلى ميلاد متعال للشريعة Le Loi [بالمعنى اللاكانى و الدقيق] ومن جموح الوثنية إلى التوحيد ويكون للبشر «كتاب» يعملون به ويرجعون إليه ويحتكمون إلى نصوصه ... ولعل النموذج اليونانى اللاتينى قد حظى بالدراسة والتوضيح دون نماذج أخرى يغص بها العالم، لأسباب تتعلق بسبق النهضة والتنوير الأوروبى، فمن الأسطورة إلى المسرح المكتوب إلى الفلسفة والمنطق.

ومن رحم هذا المزيج كما قلنا يولد «قانون» وينبثق الرمزى ويتخلق الأنا الأعلى.

ولكن مياه الحياة الجارية لا تلبث أن تأسن وتتلقف قوى السلطة نصوص «الكتاب» فتحولها إلى سلاح للبطش ولبسط السلطان ويكون ظلام العصر الوسيط .... ولكن بصيص النور - بفضل مجاهدات البشر - لا يلبث أن يتفجر، ويولد من رحم ظلمات العصر الوسيط جنين النهضة والتنوير، ويكبر ويشتد عوده ويتخلق له هوية، إنه عصر الثورة الصناعية، شكل جديد من أشكال العمل، إنه العمل «الصناعى» وشهادة ميلاده إختراع الآلات، بدءا بالآلة البخارية وصولا إلى ما بين أيدينا الآن من تكنولوجيا متقدمة. طفرة فى العلاقة بالعالم كله الطبيعة والأشياء والكون .... وحتى لا تتداعى بنا الأفكار وتستغرقنا التفاصيل نبادر فنوجز الخطوط العريضة لمسار إنجازات هذا العصر فى مجالات ثلاثة رئيسية على النحو التالى:

١ - مجال العمل الاجتماعى المنتج:

العمل - لا المنبه Stimulus هو ماهية الإنسان بما هو إنسان، الحيوان يتكيف، يؤقلم نفسه للبيئة، والطبيعة المحيطة به ولنا فى الحرباء النموذج المثال، هى تغير لونها بحسب الوسط الذى توجد فيه، هى خضراء بين النبات، صفراء فى الرمال، سوداء فى الأرض الطينية، هى لا تغير من لون الوسط الذى توجد فيه، بل هى ذاتها - بآليات بيولوجية خالصة لا دور فيها للوعى أو الفكر أو العمل - التى تتغير.

أما الإنسان فقد صار إنسانا حقا وصدقا عندما استطاع - فى فجر تاريخه - أن يفعل - وأقول يفعل عن قصد وإرادة - ويفكر - وإن كان آنذاك فكرا وليدا - أقول عندما استطاع أن «يفعل» العكس أن «يغير من العالم» أن يحول من طبيعته المباشرة الغفل ويطوع عناصره لمقاصده، فعندما حول قطعة عظم أو فرع شجرة إلى أداة Tool، وسخرها لمقاصده، عندما جعل من فرع الشجرة عصا وعندما جعل من قطعة العظم سلاحا وعندما «استخدم» قطعة حجر «أداة» يقذف بها حيوانا ضاريا فيبعده، أو ثمرة فى أعلى شجرة باسقة فيسقطها، عند ذلك فقط لم تعد الأشياء بالنسبة له كما هى بالنسبة للحيوان غفلا طبيعيا، لقد أضفى عليها من عقله وإبداعه، لقد حولها ومنحها طابعا إنسانيا ... إن تاريخ الإنسان هو تاريخ أدواته، عدده، مخترعاته، أجهزته .... لذلك فالحديث عن منبه ومنبهات يغفل هذه الطفرة ويختزل هذا الاختلاف الكيفى بين الإنسان والحيوان ومالنا نذهب بعيدا ألا يقابل المنبه والتنبيه الاستجابة ... الا يشى أصل الاستجابة وجذرها اللغوى بمعناها ... أليس الأصل هو الإجابة والجواب وأجاب ... ولا يجيب «الإنسان» إلا عندما يخاطبه آخر ... ألا يحيل ذلك إلى الجواب ... إلى الخطاب واللغة، إلى جدل الإنسان فى علاقته بغيره إلى البشر ... إلى عالم اللغة عالم الدال والدلالات ... عالم الإنسان لا عالم الحيوان ... عالم الحيوان هو عالم المنبه والاستجابة، أما عالم الإنسان فهو عالم اللغة والخطاب والدال Signifier إذن عالم الإنسان هو عالم «العمل» الذى يبدأ به تاريخه، لكن الطفرة التى تميز العصر الحديث فى عالم العمل هو «المغزى» الأعمق للطبيعة - فبأول منجزات عصر الثورة الصناعية - أعنى الآلة البخارية - تفجرت «طفرة» فى علاقة الإنسان بالطبيعة هذه الطفرة هى الانتقال من استخدام الطاقة الحية - عضلات الإنسان وعضلات الحيوان - إلى استخدام طاقة الطبيعة، ... طاقة البخار ... طاقة الفحم فالبترول ... طاقة الكهرباء ... وها نحن نسعى إلى استخدام الطاقة الشمسية والطاقة الذرية ... هى طفرة إذن فى علاقة الإنسان بالطبيعة.

على أن الوجه «التكنولوجى» وجهه الأدوات والآلات والأجهزة والماكينات و المصانع ... إلخ هو مجرد خط من خطوط ثلاثة تتلاقى على نحو «هندسى» لتكون بنية Structure على شكل مثلث ... عناصر هذا المثل أو قل إذن خطوط أو أضلاع هذا المثلث وزواياه هى:

١ - التكنولوچيا ... وهى هنا المخترعات والمكتشفات والأجهزة التكنولوچية التى يتزايد تطورها وتتعاظم إمكاناتها كما تتجلى الآن فى مجالات المعلومات [الحاسبات المتطورة والاتصال ... والنقل والإعلام] ... إلخ.

٢ - السوسيولوچيا ... ويكفى الإشارة إلى العصر الكلونيالى [عصر الغزو الاستعمارى العسكرى] فعصر الهيمنة الإمبريالية فعصر القوى العظمى .. ثم ها نحن نعيش عصر شمال متقدم وجنوب متراجع.

المهم أن هذه التحولات الهائلة فى مجال التكنولوچيا تنعكس على مجال الحياة الاجتماعية السياسية.

٣ - الأيديولوچيا ... أو المجال العقلى، الخلقى، الثقافى، فى هذه المجالات الثلاثة يدور رحى الصراع، ثلاثيا، تمازج تصارع، تداخل وأيضا تفاصل، وعلينا أن ننظر إليها فى وحدتها وتداخلها، فى صراعها وتوازنها، وأيضا فى تتابعها وتزامنها ... وعلينا أن ننظر إلى هذه الطفرة أو هذا العصر من حيث هو محصلة تجمع وتطور منجزات العصرين السابقين.

ولما كان الأمر يحتاج إلى مجلدات ومجلدات، فلا مفر أمامنا فى هذه العجالة لا من الإيجاز، بل من الاقتضاب أشد الاقتضاب ولنقنع باختيار - قد يبدو عشوائيا - لجوانب تتصل بموضوعنا، أعنى النفس تطورها وتطور علومها ... وجدير بالذكر أن المشتغلين بالدراسات النفسية إذ يتخذون موقفا إمبيريقيا سلوكيا إستاتيكيا من الظاهرة النفسية ومن النفس الإنسانية ينظرون إليها كحشد من الاستجابات تتسم بنوع من التراكم والتجاور - التراص - الذرى دون انتظام أو شكل أو بنية - ودون حركة أو تطور ... هى حشد - فوضوى - من السمات الثابتة لا تاريخ لها، لا تطور، لا حركة ... هى خضوع - تسلط .. هى انطواء - إنبساط منذ الأبد إلى الأزل على أن الأمر غير ذلك تماما.

.... بنية النفس والعقل فى عصر الأسطورة والوثنيات غير بنية العقل - والنفس - فى عصر الإيمان - عصر النص - و«الكتاب» غيرها أيضا فى العصر الحديث، عصر الصناعة

والتكنولوچيا ... عصر النظام الرأسمالى ... وأشير إلى أهم ما يبدو لى على النحو التالى:

١ - عرف عصر الأسطورة والوثنيات ميلاد الرغبة فى فوضى جموحها وهلاميتها، أخذت صورا نرجسية شابتها العداوة ومازجها العنف وغلب عليها طابع الخلط، بل حتى اتسمت - كما يذهب اللاكانيون Lacaniens - بالانصهارية فى الآخرين. والأشياء صور مرآوية يتجسد فيها ذلك الأنا - اللاكانى لا الفرويدى - أو لم ير نرجس فى صورته المنعكسة على صفحة مياه النبع معشوقا أنساه معشوقته الأولى، ألا نجد فى ذلك خلطا تقوم فيه الصورة مقام الفعلى، بل ألا تجد فى عشق نرجس لصورته - هو .. وهو الذكر - خلطا آخر أعمق وأشد بين الذكورة والأنوثة وغياب التمايز بينهما، ثم ألا نجد فى المصير الأسطورى - الأليم - لنرجس امتزاج الحياة والموت .... ثم ألا يعبر العامة فى دارج لغتهم عن العشق الطاغى بقولهم «بيموت فيها أو بتموت فيه».

لقد اختلطت الأشياء فهذه مرحلة ما قبل التمايز النفسى الواعى والحاسم .. هذه هى الرغبة فى رحم الحلم كما قلنا أسيرة المتخيل فى أشد أشكاله حفرية ولكن العصر التالى يحمل تمايزا بين الرغبة والقانون ... الذى يتخذ شكلا إلهيا «نصيا» ملزما ويزيد عصر النقل، على حساب العقل، من نصيّة القانون على حساب كل اجتهاد وإبداع واستقرار لحركة الواقع ... ويزيد الأمر عنفا وتسلطا مع تسلط السلطة وعنف قبضتها على حركة الواقع والعقل ...

وبمجيء عصر الثورة الصناعية والنظام الرأسمالى وميلاد الحركة العلمية - فى مجال التكنولوچيا - والنقدية - فى مجال الفكر والثقافة - أقول بمجيء ذلك العصر يتفجر جدل جديد بين الرغبة والقانون، ليصبح العقل - النقدى - حكما بينهما يستلهم حركة الواقع ويهتدى بمقتضيات التطور وحاجات المجتمعات الجديدة الوليدة.

ومن جدل الرغبة والشريعة تتفجر القوانين الوضعية وتنبثق النظم والتقاليد الاجتماعية الجديدة ... تلعب حاجات المجتمع الجديدة - حاجات التطور الصناعى - وما يقتضيه ذلك من كشوف علمية دورها الحاسم فى تطوير ذلك الجدل الخصب والخلاق، تظهر حشود وحشود من القوانين - قانون جنائى - قانون مدنى - قانون بحرى - قانون تجارى - قوانين توظف وموظفين، ويتوج ذلك بقانون دولى وها نحن نشهد ميلاد القوانين الدستورية، وميلاد حقوق الإنسان ومواثيق حقوق المرأة وحقوق الطفل ... إنه تطور خصب وخلاق، إذا استطاع الإنسان أن يحسن إدارة دقة الصراع أو قل «الحوار» الجدلى بين هذه الضروب جميعا من المتغيرات، ولا يكون ذلك إلا بعقل مبدع فى استلهام «النص» ومبدع فى قيادته لخطى التطور. والحق أننا نشهد عصر «الحقوق» حقوق الإنسان تلك التى لا تتحقق إلا بقدر وعى الإنسان حتما وبالضرورة «بواجباته».

هذه الحشود من الحقوق الوليدة لا تكتب لها شهادة الميلاد الحقيقية إلا بقدر مغالبة الإنسان لما يتسم به إدراكه للأشياء عن «نرجسية»، فالحق أن الديمقراطية هى ببساطة رهن بتمايز الذات عن الآخر، وقدرة الأنا على تحقيق تفاصل ناضج بينه وبين الأنا - الآخر ... ولعلى أتذكر فى هذا الصدد ذلك التعبير - المبالغ فيه بعض الشئ - فى وصف العلاقة الحرة - للغاية - بين الفرد وغيره فى المجتمع الصناعى الرأسمالى والذى يقول «إن مجرد إبداء التنصح يعتبر إهانة لا تغتفر» - وربما يكون ذلك صحيحا عندما يصبح النصح كرها و فرضا، وعندما يرى الناصح فى نفسه المالك الوحيد لمغاليق الحقيقة يفيض بها على غيره ويفرضها عليهم، وكأنهم جميعا قصر وهو وحده الملهم العارف.

حقوق الإنسان، حقوق الأفراد، حقوق النساء والأطفال حقوق الأقليات، كل الأقليات الدينية والعرقية وأقليات اللون وكلها إرهاصات العصر الحديث.

وثمة طفرة أراها علما على هذا العصر، وأرى فيها أهمية خاصة للمشتغلين بالإنسان وعلومه وقضاياه، وهى المكانة الهائلة التى صار «العقل» والمنطق والابستيمولوچيا يحتلونها فى حياة الإنسان، وظهور مفهوم «التجربة» والخبرة والواقع والبرهان إنه صراع النقل والعقل أو قل جدل «النص» و«الإبداع».

ولقد ترتب على ذلك - رغم ما ينطوى عليه من إنجاز غير مسبوق نمو النزعة الفردية وتراجع الرابطة الاجتماعية، نمو التنافس على حساب الترابط والتراحم والتكاتف ... لقد تراجع

الـ «نحن» We على حساب الـ «أنا» Je أو I ولعل ميلاد جائزة نوبل Nobel علم على هذا العصر ... عصر الفرد عصر الحرية بإطلاق عصر الإبداع والعلم والاختراع وعصر تكريم - بل تقديس - العبقريات والمواهب، وهى جميعها مقتضيات بقاء للخروج من أزمات خانقة بل مهلكة قاتلة ... تلوث البيئة، نقص المياه، تصحر الأراضى الزراعية، أزمة الغذاء، وباء الإيدز، .. إلى عالم على كف القدر لا مخرج له ولا خلاص إلا بأقصى درجات الإبداع وأرقى صور العلم والاختراع حتى لقد يجمح بنا الخيال فيدفعنا إلى تصور التحول من قانون «من لا يعمل لا يأكل» إلى قانون بديل يتخلق فى رحم الغد، قانون يخضع له عالم الغد، القريب أو البعيد «من لا يبدع ومن لا يخترع لا يأكل».

هذا التطرف والجموح يدل عليه وينم عنه تسارع الخطا، خطا التطور والتغيير العلمى والتكنولوجى.

ولعل المرء يخشى تراجع قيم «فاضلة» غرستها الأديان، قيم التراحم والتعاطف، قيم الإحسان ومد يد العون ونجده الملهوف والمحتاج لتحل محلها قيم التنافس الوحشى، قيم البقاء للأقوى، للأقدر، للأعلم.

ومع ميلاد الحرية وتراجع القيود واشتداد التنافس وتضخم الفردية على هذا النحو السرطانى تتزايد عزلة الفرد، تتعملق نوازع الملكية الفردية ودوافع الاقتناء والتظاهر، وتتراجع مظاهر «الرحمة»، وفى ظل هذا المناخ «الوحشى» تكثر صور الانحراف، الجنسى والسلوكى والخلقى والإدارى والسياسى والوظيفى، ... بل والمهنى ... إلخ. هذا هو الثمن الباهظ للجديد وللتجديد ولحركة التطور، وبخاصة عند الانتقال من القطب الكمى إلى القطب الكيفى.

ثم يبقى الجانب الثالث والأخير، ولعله ألصق بنا من سابقيه أعنى الجانب الثقافى، فتكنولوجيا الكلمة والصورة، الطباعة والصحافة، وتراجع الأمية، الإذاعة والتليفزيون، الفيديو، السينما، الأقمار الصناعية والقنوات الفضائية، قد أسهمت جميعا فى إتاحة فرصة غير مسبوقة للتعبير الجماعى، بل والعالمى عن بعد «المتخيل» l'imaginaire، فها هى ألف ليلة وليلة تتحول من تراث شفاهى إلى كتاب متداول - بفضل انتشار التعليم وتراجع الأمية، وبفضل اختراع الطباعة، ثم هاهى السينما تتلقفها وتتخذ من حكاياتها مادة خصبة، السينما المصرية والعربية ثم السينما العالمية ثم بعد ذلك شاشات التليفزيون، ولعلنا نجد فى أنفسنا ميلا إلى التوقف أمام تلك الإنجازات الهائلة فى مجال تكنولوجيا البث، بالصوت والصورة ودورها الهائل فى اختراق الحدود، حدود المسافة والمكان، حدود الزمان حدود الأفراد والجماعات والمجتمعات، حدود الأوطان والثقافات و الإيديولوجيات، حدود العقائد والأفكار والقيم، ويخلق ذلك كله صورا من الصراع واللقاء، صورا من الديالكتيك غير المسبوق بكل ما فيه من شر وما أكثره، وبكل ما فيه من فوضى وما أعمقها وبكل ما فيه من خير - بكل تأكيد - وما أعظمه، ونبادر فنؤكد حيادية التكنولوجيا، فليس فى الأحبار والأوراق، والأقلام و ماكينات الطباعة خير أو شر، هى أداة يطوعها من يستخدمها لمقاصده خيرا كانت هذه المقاصد أو شرا، والأمر بالمثل فى الأدوات التكنولوجية الخاصة بالصورة.

ونعود إلى ما سبق لنا طرحه فى مطلع هذا المقال، عن حديثنا عن عصر الأسطورة والوثنيات وامتزاج عالمى الحلم والواقع أو قل - بلغة لاكانية - عالم المتخيل والصورة بعالم الرمز والدال امتزاجا يفتقر إلى التفاصل، أو إلى قدر - ذهنى منطقى - من التفاصل ويواصل التاريخ حركته وتتابع الأيام حركتها ويعبر العقل رحلة الوعى، عبر العصر الوسيط فالحديث، ليجد جدلا أرقى وحوار أثرى وتفاصلا أسمى. لقد فرضت مقتضيات التكنولوجيا والصناعة دقة متناهية وانتباها هائلا فى تعامله مع أبعاد الزمان والمكان وفى تعامله مع الأشياء، فرضت حرصا بالغا - مثال ذلك فى مصانع الذخيرة، ومعامل الكيمياء ومراكز البحوث النووية والذرية - ولعل الصناعة والتكنولوجيا - فيما نرى - كانت العامل الحاسم - وإن كان الأمر يحتاج الكثير من الإيضاح والتفصيل ومن البرهان والأسانيد - فى تحقيق طفرتين فى وقوف الإنسان أمام نفسه وفى تفجر وعيه الذاتى [لا وعيه العيانى الحسى الساذج] هاتان الطفرتان هما ميلاد علم النفس - الرسمى الحديث فى معمل ڤونت وتحول الفلسفة - الحديثة والمعاصرة - إلى الإنسان عقله - فى نقد العقل النظرى لكانت وعلم المنطق وفنومنولوجيا الروح لهيجل - ثم بعد ذلك قلبه وخلقه، ضميره ومسئوليته، وذلك أوضح ما يكون فى تيارات مثل الفنومنولوجيا والوجودية

- ولعل كتاب سارتر «الوجود والعدم» يكاد يكون النموذج لتحول الفلسفة إلى هموم الإنسان وقلقة ومسئوليته ... والحق أننا نرى فى الوجود والعدم كتابا فى النفس بقدر ما هو كتاب فى الفلسفة بل ما لنا لا نذكر هيجل وفنومولوچيا الروح، ثم محاضرات ألكسندر كوييف التى كانت مصدر إلهام أساسى للبنيان النظرى للتحليل النفسى اللاكانى.

كذلك نرى أن الإنسان فى العصر الحديث قد حقق طفرة كيفية هائلة فى وجوده المادى التكنولوچى، والاجتماعى، والثقافى Clutural ولعل علم النفس التقليدى. الأنجلو أمريكى - يمثل رافدا اقتضته الصناعة والتكنولوچيا، كما أن الفلسفة الحديثة ثم المعاصرة - وبخاصة المدارس الفرنسية وعلى رأسها التيار اللاكانى فى التحليل النفسى - يمثل رافدا أخر أكثر انشغالا وأشد قدرة على الاقتراب من الجانب الثقافى والحضارى من قلب الإنسان وضميره من همومه وأحزانه من قلقه ومسئوليته. عصرنا هذا عصر تحت التكوين، لا يعلم إلا الله إلى أين يتجه، لكننا نحاول أن نستلهم مما بين أيدينا من معطيات شيئا هو أقرب إلى سيناريوهات محتملة أو متصورة ويعنينا هنا اثنين منهما: الأول هو سيناريو الجدل أو الديالكتيك - البنيوى - بين بعدين بعد المتخيل وعالم الصورة l'imaginaire من جانب وبعد الدال signifier وعالم الرمز من جانب آخر، والحق أن مقتضيات الوجود البقاء الذى يدفع بالإنسان - لمجرد الحفاظ عليه أن يتحمل ضراوة الواقع الذى صار أمرا تتزايد صعوبته فى الشمال المتقدم كما فى الجنوب المتراجع.

هذه المقتضيات تلزم الإنسان بالانخراط فى الواقع والعمل والإنتاج والتطوير ومن جانب آخر تقدم له التكنولوچيا - تكنولوچيا الكلمة والصورة والمطبوعات عالما آخر يتخفف فيه من ضراوة الواقع وقسوة مطالبه ... ولعلنا نجد فسحة من زمان ومكان نتأمل فيها دور الصورة - الهائل - فى حياة الإنسان وفى بنيانه النفسى.

أما الأمر الثانى فهو ألصق بأبناء الجنوب - ونحن من بينهم، فأحسب أن أمامنا - وأمام علومنا، علوم الإنسان - جهد شاق هو فهم آليات - أو ميكانيزمات - الانتقال من العصر الوسيط إلى العصر الحديث، وهو انتقال يتم عندنا فى ظروف بالغة الصعوبة والغرابة والقسوة أيضا، ما الذى يردنا عن دخول هذا العصر منذ محاولات محمد على باشا، لماذا يفشل المشروع الحضارى، لماذا مثلا أنجزته اليابان، بإتقان هو غاية الإتقان، ولماذا كلما حاولنا لا نلبث أن ترتد متعثرة خطانا .... لقد بدا لنا - ولحشود المتخلفين من حولنا أن ثمة حل هو التحديث والتصنيع وغير ذلك من «أحلام» تدور فى فلك التنمية المادية والتصنيع الثقيل وخطط خمسية وثلاثية وسباعية وقطاع عام وتخطيط اشتراكى واشتراكية علمية وعربية وغير ذلك ... ولا حصاد إلا المرارة والألم والتعثر ... إلا أن تجدر بنا أن نسترجع قول شاعرنا «نزار قبانى» لبسنا قشرة الحضارة والروح جاهلية ... أحسب - والألم يعصر القلب - أن حدس الشاعر ينطوى على قدر من الصدق ... هى «الروح» بكل معانيها، عقل وقلب وضمير ومنطق ولوجوس Logos بكل معانى هذا المصطلح فى الفلسفة الحديثة والمعاصرة .... أحسب أن ديالكتيكية الحركة أصابها تعثر ما ولا مفر من مراجعات ومراجعات شاملة لكل جوانب حياتنا ... ولا أواصل فسطور وصفحات هذا المقال ليست بالمكان الذى يسمح بذلك، وأعود فأوجز ... تاركا التفصيل إلى ظروف أرحب وأصلح .... أحسب أن علينا دراسة ديالكتيكية العلاقة بين المتخيل والرمزى بين الصورة بكل ما تنطوى عليه من سحر وأسر وبكل ما يثقلها من اغتراب نرجسى يحمل فى ثناياه بنية اضطهادية انصهارية، هذا من جانب. والرمزى اللغوى، الخطاب بما يقوم عليه من تجريد ربما يقتضيه - ليكون خطابا صادقا لا زائفا - باعترام بالآخر بما هو آخر حقا وصدقا لا مجرد «الأنا الآخر» أعنى لا مجرد صورة سرابية نرجسية للذات ....

لذلك، ولكى نقف على جدليات هذا الواقع بكل صدقه لابد لنا من «معرفة» تلك الأدوات المعرفية والنظرية، لابد لنا من ملاحقة ما تحقق منذ النصف الثانى من هذا القرن وإن بدأت إرهاصاته على وجه الدقة عام ١٩١٦م وبمحاضرات فرديناند دى سوسير مؤسس علم اللغويات الحديثة، وأجدنى مشدودا هنا إلى مقارنة بين اليابان وفرنسا، فإذا كانت اليابان قد بدأت بنقل نماذج المخترعات العربية فقلدتها ثم طورتها ثم ها هى تسبق وتبدع ففرنسا بالمثل تحتل اليوم فى الإنسانيات - بفضل كلود ليفى شتراوس فى الأنثربولوچيا الاجتماعية البنيوية، وجاك لاكان فى التحليل النفسى وغيرهما حشود وحشود من الفلاسفة والمفكرين - أقول ها هى تحتل اليوم فى

الإنسانيات مكانا مماثلا لمكان اليابان فى الإلكترونيات ولعلى أتوقف عن الاسترسال فى خواطرى مراعاة لمقتضيات المساحة المتاحة لهذا المقال فى هذه المجلة الغراء وأركز خواطرى فيما يلى:

لا تكف الحياة عن التطور والتغير، ولا يكف العقل البشرى عن إبداع هذا التطور وإحداث هذا التغير، هو يتطور من خلال هذا النشاط، وهذه الفكرة فكرة هيجلية معروفة، وإنجازات الإنسان فى العصر القديم كانت إنجازات هائلة امتزج فيها المتخيل بالفعلى والواقع بالوهم وعاش الإنسان جدلا خصبا مع رغباته وإن غلب عليه الوقوع فى سحرها والاستسلام لأسرها فكانت الأسطورة وكانت الوثنيات رغم انطلاقات مادية عملية حضارية .. وبالتطور والارتقاء كان انبثاق العصر الوسيط عصر الإيمان والتوحيد ويعنينا منه بالنسبة لتخصصنا الدقيق ميلاد «القانون» وجها آخر للرغبة ونقيضا جدليًا لها يعيد تنظيمها والارتقاء بها، ومع تطور السلطة وتعاظم أشكال الحكم - القائم على القهر - كان ظلام العصور الوسطى وتطويع النص لمصلحة السلطة والحكم ... ثم كان عصر التنوير والنهضة وكان قدر أوروبا أن تحرز قصب السبق لتبدأ دورة «جدل» جديد ... وكان ظهور «العلم» ملاحظة وتجربة وقياسا وبرهانا، وأدوات وحرفيات ... وكان السبق من حظ علوم الطبيعة والرياضة والكيمياء ثم كانت ثورة علوم الحياة ... وتراجعت الفلسفة وتقدم العلم لحاجات الثورة الصناعية ولتطور المجتمع الرأسمالى الكلونيالى ... وعند هذه المرحلة ولد الشكل التقليدى لعلم النفس» ... تجربة ومعملا وبرهانا وحرفيات ... إلا أن دفع تطور المجتمع الحديث بالفلسفة إلى ملاحقة تطور المجتمع وميلاد عقل جديد، وميلاد وعى جديد .... وها نحن نشهد انتقال ثمار هذه الإنجازات الفلسفية إلى مجال الإنسانيات بل ونشهد نظامًا «علميا» وليدا، وهو التحليل النفسى الذى وإن كان قد شهد ميلاده فى رحاب الطب النفسى وعلى أيدى الأطباء .. لكنه الآن يشهد طفرة جديدة عندما يراجع أطره ويطور مواقفه وذلك عبر محورين:

١ - المحور الأول: محور توسيع دائرة نشاطه من العرض Symptom إلى الرمز Symbol، أى من المرض إلى الحياة فى شمولها وفى مختلف مظاهرها الثقافية والحضارية والاجتماعية ويكفى الإشارة إلى مكانته فى مجالين : مجال الأدب والنقد الأدبى ومجال السينما وسيكولوجية الصورة.

٢ - المحور الثانى: محور الأطر النظرية والإبستمولوجية ... ولعل هذا هو أخطر إنجازات اللاكانية .. أعنى استلهام الإنسانيات والفلسفات - بالجمع - المعاصرة .. وبخاصة هيجل وفنومنولوجيا الروح ... ها هو يعيد صياغة التحليل النفسى - بالعودة إلى فرويد وقراءة نصوصه قراءة فاهمة وخلاقة - بالإضافة إلى اللغويات السويسرية، والأنثربولوجيا البنيوية لدى كلود ليڤى شتراوس ...

هذه جميعها إنجازات لا أحسَبَن القارئ على ألفة بها وبمصطلحاتها وأفكارها ولعلنا نجد من الوقت ما يسمح لنا ببسطها فى كتابات تالية.

وفى النهاية أقول لاشك أن المنجزات التقليدية فى علم النفس - الأنجلو أمريكى - مكتسبات باقية - فى جوهرها - وبخاصة فى دقة مناهجها، لكن استلهام الجديد أمر حاسم لشباب الباحثين والأساتذة إذا ما أرادوا فهما أعمق لبنية النفس البشرية بعامة وقضايا «الإنسان» المصرى فى مواجهته لمطالع القرن القادم ومشارف الألفية الثالثة.

علم النفس وحرب السادس من أكتوبر ١٩٧٣
فى ضوء الاتجاه نحو شعوب العالم

أ . د محمود السيد أبو النيل
أستاذ ورئيس قسم علم النفس
بكلية الآداب ـ جامعة عين شمس

مقدمة

رغما من مرور ما يقرب من ربع قرن على حرب السادس من أكتوبر١٩٧٣ إلا أنها ستظل حية فى ذاكرة الأمة العربية إلى الأبد، فمازالت تداعيات هذه الحرب تستثير فكر الكتاب والمفكرين إلى اليوم، فهذا الكاتب المرموق محمد حسنين هيكل يخرج العديد من الكتب عنها وكان آخرها كتاب «أكتوبر ٧٣ السلاح والسياسة» والذى صدر فى ديسمبر ١٩٩٣ ولهذا فليس من الغريب أن يأتى بحثنا هذا عن حرب أكتوبر ٧٣ ونحن فى عام ١٩٩٦ ليؤكد دور علم النفس فى حل الصراعات والتوترات الدولية، وتقديم الحلول الخاصة بالتفاهم بين الأمم والشعوب، وتقديم الخدمات النفسية المختلفة لجيوش العالم.

أما بالنسبة لتقديم الخدمات النفسية للجيوش فقد اهتم القادة العسكريون فى العالم باختيار وتوجيه وتصنيف المجندين للأسلحة المختلفة وفقا للمتطلبات العقلية والشخصية، وكذلك انتقاء طلاب الكليات والمعاهد العسكرية. كما يهتم علم النفس بدراسة الروح المعنوية للجنود والضباط وتنظيم برامج التدريب وفق الأسس النفسية لتحقيق الاستفادة الكاملة منها فتزداد إمكانات المقاتل فى الحروب فيصبح انتصاره على العدو أمرا محققا، وهذا ما استخدمته القيادة المصرية فى حرب أكتوبر باستخدام أسلوب النماذج فى التعلم للتدريب على العبور.

وبالنسبة للصراعات الدولية فقد اهتم علم النفس بدراسة عوامل التوتر الدولى كالتعصب وعمليات الإحباط المرتبطة بالعدوان على الشعوب، والتدخل العسكرى، واختلاف المذاهب والعقائد، كذلك يعطى علم النفس عناية لطرق وسبل التفاهم الدولى مثل خفض الصراعات الأيديولوجية ومكافحة الإرهاب الدولى وتطبيق مبادىء الديمقراطية وتغيير الاتجاهات بتصحيح المفاهيم الخاطئة عن شعوب العالم والناتجة عن الدعاية المغرضة أو عن عدم وجود معلومات عن هذه الشعوب.

وتسير الدراسة الحالية فى إطار ذلك بقياس الاتجاهات لدى طلاب الجامعات نحو شعوب العالم للكشف عن أوجه

التباعد أو التقارب بين بعضها البعض وذلك من أجل الإقلال من مساحة الفجوة بين الشعوب التى تكشف الدراسة عن وجود تباعد وصراعات بين بعضها البعض.

ولقد أتاحت الظروف للباحث إجراء هذه الدراسة عندما شرع فى أوائل السبعينيات فى القيام بها قبل وأثناء وبعد حرب أكتوبر على النحو الذى سيقوم بتوضيحه فيما بعد.

أهمية البحث:

لقد كان ومازال لحرب ٦ أكتوبر ١٩٧٣ صدى كبير - كما سبق الإشارة - عم أثره شتى نواحى الحياة فى كثير من بلدان العالم سواء الجوانب السياسية أو الاقتصادية أو العسكرية أو الثقافية، وكان ذلك على إثر النصر العظيم الذى حققته القوات المصرية بعبور الضفة الشرقية لقناة السويس، والسيطرة على خط بارليف، والاستيلاء عليه، بعد معارك عنيفة ومقاومات عنيدة.

ولا شك أن هذا النصر على القوات الإسرائيلية بإجلائها عما استولت عليه من أراض فى حرب ٥ يونيو ١٩٦٧ قد سبقته استعدادات على الصعيدين السياسى والعسكرى، كما عبئت الأمة العربية كلها عن بكرة أبيها معنويا وعسكريا واقتصاديا لرفع عار الهزيمة، واقتضت تلك الاستعدادات السياسية والعسكرية ضرورة تأييد دول العالم لمصر والوقوف إلى جانب حقها المشروع فى استعادة أرضها فى المحافل الدولية، وهيئة الأمم المتحدة ومجلس الأمن، بإدانة إسرائيل وإجبارها على ترك الأراضى التى احتلتها، وذلك عن طريق الحلول السلمية ودون إراقة دماء. هذا بالإضافة إلى ضرورة أن يمتد هذا التأييد السياسى الى التأييد الفعلى بإمداد مصر بالسلاح والدعم المادى والاقتصادى.

ولقد كانت المصالح هى التى تحكم علاقات شعوب العالم بعضهم بالبعض الآخر، فمن دول العالم من اقتصر على التأييد اللفظى بالتصويت فى صالح مصر فى هيئة الأمم المتحدة ومجلس الأمن، ومنها من عارض، ومنها من وقف موقفا سلبيا فرفض التصويت عندما كانت القضية تعرض كل مرة، وكان يحكم ذلك كما سبق الإشارة هو علاقات ومصالح تلك الدول بمصر وبالدول العربية خاصة البترولية، والتى استخدمت البترول كسلاح فى المعركة، بوقف إمداداته لدول الغرب أثناء الحرب كوسيلة من وسائل الضغط على الدول الغربية، لتجبر إسرائيل على الانسحاب، ومن الدول أيضا من تعدى تأييده لمصر بالكلمة إلى التأييد والمساندة بالدعم المادى والعسكرى.

ولقد اجتهدت أجهزة الإعلام ووسائل الاتصال الجماعى Mass Media من صحف وراديو وتليفزيون، فى إبراز دور دول العالم سواء كان إيجابيا بالوقوف مع مصر أو محايدا أو معارضا بتأييد إسرائيل، وذلك بشتى الصور على مرأى ومسمع من المواطنين.

وبالنظر إلى خريطة العلاقات الدولية بين مصر وباقى دول العالم قبل وأثناء الإعداد للحرب وبعدها نجد تغيرات ملموسة، فمن دول العالم من كانت تربطه بإسرائيل علاقات سياسية قام بقطعها قبل الحرب مباشرة بسحب سفرائها من إسرائيل. كما أن علاقة مصر ببعض دول العالم كانت قد قطعت بعد حرب ٥ يونيو ثم أعيدت بعد حرب ٦ أكتوبر. هذا بالإضافة إلى أن بعض دول العالم كان يقف مع مصر قبل الحرب وأثناءها إلا أنه بعد الحرب شاب هذه العلاقات بعض التوتر وسوء الفهم.

ولم يكن شباب مصر، وطلاب الجامعات واقفا موقف المتفرج إزاء كل ذلك، إذ رفض الهزيمة وثار فى ١٩٦٨ فى وجه القوى التى تسببت فيها، كما أسهم بالمشاركة فى التجنيد والحرب، فكان أساسا فيها بالعمل على المعدات الإليكترونية وغيرها مما تطلبته عمليات الحرب الكيماوية.

والشباب هو ذخيرة الأمة إذ يقع على عاتقه تنفيذ سياسات مستقبلها والتى ترتبط فى كثير من جوانبها بدول العالم المختلفة متمثلة فى الاقتصاد والثقافة والتكنولوجيا.

ولا شك أن معرفة اتجاهات طلاب الجامعات نحو شعوب العالم قد يفيد فى رسم صورة العلاقات الدولية بناء على اتجاهاتهم. كما أن معرفة اتجاهات هؤلاء الشباب فى الظروف التى يمر بها المجتمع من نكسات وكوارث وحروب يفيد فى معرفة مدى تطابق سلوكهم السياسى Political Behavior والمتمثل فى اتجاهاتهم نحو شعوب العالم مع سياسات الدول التى ينتسبون إليها.

هذا بالإضافة الى أن مقارنة اتجاهات طلاب الجامعات نحو شعوب العالم قبل وأثناء وبعد حرب أكتوبر، يعكس أثر النواحى الموقفية (حرب ٦ أكتوبر ١٩٧٣) فى تغيير اتجاهات الطلاب نحو شعوب العالم بإحلال مفاهيم جديدة عن هذه الشعوب مما يؤدى إلى خفض الصراعات الدولية.

اتجاهات طلاب الجامعات :

فى ضوء تعريف البورت Alport F للاتجاهات فإنها حالة من الاستعداد العقلى والعصبى التى تكونت خلال التجارب والخبرات السابقة من حياة الإنسان والتى تعمل على توجيه الاستجابة نحو الموضوعات والمواقف المختلفة.

وحسب بروشانسكى وسيدنبرج Proshansky & Seidenberg فإن الاتجاه يستنتج من سلوك الفرد نحو المؤسسات المختلفة ونواحى التعليم والجنس والزواج والدين.

وهناك الكثير من العوامل التى تلعب دورا كبيرا فى تكوين اتجاهات الإنسان كمعايير الجماعة Group Norms، والجماعة الأولية Primary Group كالأسرة، وعلاقة الوجه للوجه Face to Face R وعضوية الجماعات الاجتماعية المختلفة، وكذلك الجماعة المرجعية Refernce G وبالإضافة إلى النواحى السابقة توجد نواحٍ أخرى كثيرة فى المجال الاجتماعى للفرد تؤثر فى تكوين الاتجاهات، مثل وسائل الاتصال الجمعى Mass Media كالمذياع والصحف والإذاعة المرئية أى التليفزيون.

ويهمنا من الاتجاهات فى سياق الدراسة الحالية موضوع تغيير هذه الاتجاهات attitude change حيث تهدف الدراسة إلى الكشف عن مدى التغير الذى حدث فى اتجاهات التباعد الاجتماعى لدى طلاب الجامعات نحو شعوب العالم نتيجة لحرب أكتوبر وما صاحبها من تغير فى العلاقات العربية والدولية بتكتلاتها المختلفة حينئذ.

وكما أن هناك الكثير من العوامل التى تؤثر فى تكوين الاتجاهات، فإن هناك الكثير من العوامل التى تلعب دورا كبيرا فى تغيير اتجاهات الإنسان ومن هذه العوامل دور الجماعة ومدى التوحد بها، والمعلومات الجديدة، ومدى ما يحققه تغيير الاتجاه من إشباع لحاجات الفرد والتغير الاجتماعى والمواقف التى يمر بها المجتمع من حرب وهجرة واحتلال، وتعمير وإنشاء مجتمعات جديدة ووسائل الاتصال الجمعى، وخصائص الفرد وما يتمتع به من ذكاء وشخصية.

ولما كانت خصائص الفرد تلعب دورا كبيرا فى تغيير الاتجاه كما أشارت دراسة هايمان Himann وسوانسون Swanson ودراسة Linton وجراهام Graham ودراسة فرجينيا اكسلاين (١٠-٢٢٠)، فإننا نهتم فى الدراسة الحالية فى الكشف عن علاقة جوانب من خصائص الفرد بتغيير اتجاهه نحو شعوب العالم مثل الجنس والدين والعمر، والجامعة الملتحق بها والسنة الدراسية ومستوى تعليم الأب والمستوى الاقتصادى، ونؤكد هنا على الكلية حيث أن التخصص يشكل فكر واتجاهات الفرد، كما أن السنة الدراسية تشير لمدى تأثير المرحلة التى بها الطالب فى التعليم.

ظروف قياس الاتجاهات فى الدراسة الحالية :

فى ضوء التمييز بين الرأى العام وبين الاتجاهات التى تكون قد تكونت بفعل التنشئة الاجتماعية للفرد منذ السنين الأولى من حياته، وبفعل العوامل الثقافية أيضا. وفى دراستنا الحالية فإن احتلال إسرائيل لفلسطين وللأراضى العربية منذ أوائل الأربعينيات، وما حدث من احتلال لمزيد من الأراضى فى عام ١٩٦٧ يمثل موقفا تكونت حوله اتجاهات أجيال عربية متلاحقة، وساعدت الكثير من العوامل فى تكوين هذه الاتجاهات التى تتضمن ضرورة عودة الأراضى العربية لأصحابها الحقيقيين، وتمثل حرب أكتوبر ١٩٧٣ أسلوبا لإعادة تلك الأراضى السليبة. وبالنسبة لظروف الحرب والمدة التى دارت فيها والتى تعنى بها الدراسة الحالية وهى قبل، وأثناء، وبعد الحرب والتى سبق الإشارة لها، فقد توفر للباحث قياس اتجاهات التباعد الاجتماعى فى أوائل السبعينيات لدى عينة من طلاب الجامعات نحو بعض شعوب العالم فى تلك الفترات الثلاث. لمعرفة دور حرب أكتوبر ١٩٧٣ فى تغيير تلك الاتجاهات نحو تلك الشعوب فى تلك الفترات الزمنية الثلاث.

وبطبيعة الحال يكون لدى الطلاب اتجاهات ثابتة نحو بعض شعوب العالم من حيث التقبل، وعدم التقبل بالنسبة لموضوعات مختلفة كالزواج والجيرة والصداقة، وعندما تقع

الحرب، بل وقبل أن تقع وتفصح دول العالم عن سياساتها ونواياها نحو العرب والمصريين من حيث تأييدهم ودعمهم لموقفهم فيها ضد إسرائيل، تبدأ اتجاهات طلاب الجامعة فى التغير نحو شعوب العالم المختلفة حسب موقف دولهم المؤيد أو المعارض للحقوق العربية فى الأراضى المحتلة.

أى أن معتقدات وأفكار ومشاعر طلاب الجامعات نحو تلك الجماعات البشرية تبدأ فى التأثر بزيادة التقبل لها فى حالة تأييدها لتلك الحقوق، أو انخفاض درجة التقبل لها فى حالة رفضها لتلك الحقوق بتأييد إسرائيل. وقد أيد جورج ميردوك George Murdock ذلك فى كتابه «كيف تتغير الثقافة» إذ يقول بين أصناف الأحداث التى تعرف على أنها ذات تأثير خاص فى إنتاج التغير: الزيادة أو النقص فى السكان، والتغيرات فى البيئة الجغرافية، والهجرة الى بيئات جديدة والاحتكاك بأناس ذوى ثقافات مختلفة، والملمات الطبيعية والاجتماعية مثل فيضانات الأنهار أو نقص محصول أو الحرب أو التدهور الاقتصادى أو نشأة قائد سياسى قوى (١٠-٣٨٠). وسنوضح فيما بعد فى الجزء الخاص بالمفاهيم تحديداً للفترة الزمنية الخاصة بقبل، واثناء، وبعد الحرب وهى الفترات التى يتم فيها تطبيق مقياس الاتجاه على العينات الثلاث.

العلاقات المصرية العربية والدولية خلال حرب أكتوبر ١٩٧٣:

فى رأينا وكما اتضح مما سبق أن الفرد يستمد اتجاهه ووجهة نظره نحو شعوب العالم المختلفة من خلال أجهزة إعلام بلاده وصحفها وآراء كتابها وتلك جميعا تعكس إلى حد كبير علاقات الدولة بباقى دول العالم، ويؤثر شكل هذه العلاقات فى اتجاهات الفرد وآرائه نحو الأفراد الآخرين فى الدول الأخرى وذلك فيما يختص بجوانب كثيرة كالصداقة والزواج والجيرة وغير ذلك من النواحى. ونظرا لما سبق أى أن علاقات الدولة التى ينتمى إليها الفرد بالدول الأخرى تؤثر بصورة أو أخرى فى علاقته بالأفراد الأخرين فى تلك الدول فإننا سنحاول فيما يلى تقديم عرض موجز عن العلاقات العربية الدولية خلال حرب أكتوبر ١٩٧٣ حتى نعطى صورة عن المناخ السائد لهذه العلاقات فى تلك الفترة والتى تم فيها قياس اتجاهات أفراد عينة البحث قبل، وأثناء، وبعد الحرب.

بالنسبة للعلاقات العربية:

يلخص محمود خيرى عيسى (١٩٧٥: ١٢٩) هذه العلاقات بقوله: إن حرب أكتوبر أدت إلى تقليص الانقسامات العربية ومن ثم زيادة المقدرة العربية على ممارسة الصراع أى التقليل من تيار التطرف العربى «العاجز الذى ميز الموقف العربى قبل ١٩٧٣. فلقد كانت الانقسامات السياسية والأيدلوجية أبرز سمات العلاقات العربية فى الستينيات، وبخاصة قبل ١٩٦٧. أما بعد حرب أكتوبر ١٩٧٣ فقد شهدت العلاقات العربية ـ مع بعض الاستثناءات التى ليس لها تأثير فعال ـ تخففا من الانقسامات بل يصل الأمر إلى حد بروز «تضامن عربى» بين قوى المواجهة العسكرية أى مصر وسوريا وبين المساندة الاقتصادية. وقد كان ذلك التضامن بعد حرب أكتوبر عاملا رئيسيا فى دعم مصر (٩: ١٢٩).

ويقول موتوزى كابى، وساميا كابوتو (١٩٧٥: ٢٣٧) أثناء حرب أكتوبر ١٩٧٣ ضم العالم العربى صفوفه، وشاركت بعض الدول مثل لبنان فى القتال مباشرة، والبعض الاخر مثل السودان والجزائر وضع قواته تحت تصرف القيادة العليا العربية، كذلك وضعت المملكة العربية السعودية وليبيا وإمارات الخليج تحت تصرف دول المواجهة العربية رؤوس أموال ضخمة لدعم المجهود الحربى (١١ : ٢٣٧).

ويذهب الكثير من الكتاب السياسيين (جميل مطر، ١٩٧٤) أن هدف حرب أكتوبر كما حدده صانع القرار هو تحريك أزمة الشرق الأوسط نحو الحل العادل والدائم لصالح الدول العربية المتاخمة لإسرائيل ولصالح حقوق الشعب الفلسطينى. وفى وقت من الأوقات كانت رغبة صانع القرار أن يكون حل نزاع الشرق الأوسط سابقا أو على الأقل مواز لحل النزاع الفيتنامى لكن فرض على الدولتين الأعظم حينئذ ضرورة معالجة قضايا المواجهة الأصلية بينهما قبل غيرها. وهنا اختلفت الرؤية للظروف الموضوعية لدى صانع القرار، إذ أن التصور الأمريكى المتفائل يأمل فى أن يصبح عام ١٩٧٣ عام أوربا وهو الأمل المستند إلى أن مشكلة الشرق الأوسط ستظل راكدة، وجاء معه فى نفس الوقت (٤: ١١). اتفاق القوتين العظميين على فرض حالة من الاسترخاء العسكرى على المنطقة، ويعنى ذلك عدم السماح لأى من طرفى الأزمة (والمقصود

هنا هو الطرف العربى) بتحرك فعال يقوض الوضع الذى استقر فى المنطقة منذ عام ١٩٦٧ . وقد أفاد هذا الموقف إسرائيل، وضاعف من الصعوبات التى واجهها الطرف العربى، ولهذا فقد كان قرار الحرب فية تحدٍّ لوضع الاسترخاء العسكرى. ويلخص الرئيس السادات موقف العملاقين قبل الحرب بقوله «كان الموقف الأمريكى يعتبر العرب جثة هامدة، وكان الاتحاد السوفييتى يرى أن تنتظر القضية حلا سلميا.

وفى مقابل وجهة النظر السابقة يذهب خيرى عزيز (١٩٧٤) إلى أن مخاطر الشرق الأوسط نجمت عن خلاف الدولتين الأعظم لاعن وفاقهما، فالمخاطر الشديدة التى يشكلها تفجر الموقف فى الشرق الأوسط فى الحرب الرابعة بين العرب وإسرائيل قد نتجت بالذات عن حالة «خلاف» و «صراع» بين الدولتين الأعظم كظهيرين مساندين لحركة الصراع الحاد بين الدول العربية وإسرائيل (٥:٣٩) .

ومن كلام الرئيس السادات يستنتج ضرورة تحريك الجو فى الشرق الأوسط، ويكون التحريك فى حد ذاته هدفاً مصرياً (جميل مطر ١٩٧٤) فالدرس الذى وعته جيدا القيادة السياسية المصرية عن تجربة ١٩٦٧ يقضى بأن من يبدأ القتال فى الشرق الأوسط يحرز نقطة هامة من نقاط فوزه النهائى. وأمام العناد الإسرائيلى المستمر لم تجد هذه الدول بديلا عن الاعتراض لمصر وغيرها من الدول العربية بأن التحريك لن يأتى الا بعمل عسكرى عربى ينقل المسئولية بعد ذلك من كاهل أطرافها المباشرة إلى المجتمع الدولى (٤:١١) .

ولذلك أخذ الموقف الأمريكى فى التغير من مواقفه السابقة المتحازة وتزايد ضغط غرب أوربا واليابان على الولايات المتحدة للتحرك نحو تسوية عادلة للشرق الأوسط. ولقد عملت الولايات المتحدة على وقف إطلاق النار فى المنطقة لمدة أسبوع، فلما فشلت فى ذلك أصدرت القرار الأمريكى بتكثيف الدعم الأمريكى لإسرائيل وكذلك الدعم الاقتصادى ومن ناحية أخرى اتخذت واشنطن قرار الاشتراك مع الاتحاد السوفييتى فى فرض وقف إطلاق النار (٩:١٢٩) .

ولقد انعكست القوة التى يتمتع بها الجانب العربى فى إطار التوازن المؤثر على موقف الولايات المتحدة الأمريكية التى رغم مساندتها المستمرة ودعمها الضخم لإسرائيل ورغم ما بينها وبين الشعب العربى من تناقض فى المصالح تجد أن من الأفضل لها بعد حرب أكتوبر ١٩٧٣ وما جاء معها، وما تمخضت عنه، أن تتخذ موقفا أقل تشددا وأقل إثارة فى هذا الصراع، بل وتحاول أن تخدم مصالحها بتسوية تحمى هذه المصالح بإدارة الصراع فى إطار التوازن بالمحافظة على الوضع القائم (١:٢١٢) .

ويتبين موقف أمريكا بعد حرب أكتوبر فى تهديد الرئيس الأمريكى نيكسون فى ١٥ أكتوبر ١٩٧٣ عندما وصف الموقف الأمريكى بقوله «اذا كان لى أن أصف سياستنا، فإننى أقول: إنها مثل السياسة التى اتبعناها عام ١٩٥٨ عندما تعلق الأمر بلبنان والسياسة التى اتبعناها عام ١٩٧٠ عندما تعلق الأمر بالأردن «وفى هذا الصدد أعلنت أمريكا حالة التأهب بين قواتها العسكرية داخل وخارج أمريكا، ذلك ردا على الموقف السوفييتى إذ عندما تبين أن إسرائيل تماطل فى وقف إطلاق النار أعلن الاتحاد السوفييتى عمليا عزمه فى التدخل بالقوة متحازا بذلك انحيازا تاما للجانب العربى حتى أصدرمجلس الأمن قراره بوقف إطلاق النار فى الشرق الأوسط فى ٢٢ أكتوبر ١٩٧٣ ، ولقد كان هذا هو نفسه موقف الاتحاد السوفييتى قبل الحرب والمساند سياسيا واقتصاديا ودبلوماسيا للعرب وكذلك أثناء الحرب (٥ : ٣٩، ٤٠، ٤٢) .

أما الصين فلم تحدد موقفها من حرب أكتوبر رسميا إلا يوم ٨ أكتوبر ١٩٧٣ ، فقد نددت السلطات الصينية بالعدوان الإسرائيلى وأكدت تأييدها للشعوب العربية، وقد وقفت الصين منذ إقامتها عام ١٩٤٩ دون تردد إلى جانب العرب، وظلت مؤيدة لهم فى عام ١٩٧٣ . وترى الصين أن حرب أكتوبر ما هى الا إحدى الأزمات الدولية الناجمة فى الشرق الأوسط عن سياسة الدولتين العظميين، فلقد عمل البريطانيون فى البداية ثم الأمريكيون بعد ذلك على تشجيع الهجرة وإنشاء دولة إسرائيل لإعطاء الامبريالية منطقة نفوذ لنهب الثروات البترولية وبدلا من أن يعارض السوفييت فى ذلك فإنهم اقترعوا عام ١٩٤٧ لصالح تقسيم فلسطين.

وترجع نكسة ١٩٦٧ إلى مؤامرات دولية قامت بها الدولتان المتواطئتان المتنافستان. وترى الصين ان الدولتين

العظميين اللتين ترغبان فى المحافظة على الانفراج قد فرضتا منذ سنوات حالة (اللاحرب واللاسلم) التى تعد مواتية لمصالحها (٧: ٢١٦).

وفى مقال (أحمد خليفة، ١٩٧٤) عن ٦ أكتوبر وممارسة العلم الاجتماعى يذهب إلى أنه قد يصح أن السادس من أكتوبر قد جاء معه بما أبرأ المجتمع المصرى من علة يونيو ١٩٦٧ فأطلقه من عقاله وحصره وعصابه. الا ان التفسير الأصح يكون فى مسألة الأصالة فبعض الشعوب لها من تاريخها وتجاربها مايعطيها أصالة وقيمة دفينه كامنة لاتزول، حتى وإن مرت بها ظروف قد بدت معها وكأنها فقدت كل مقوماتها وتتمثل هذه الأصالة فى الخبرات والتجارب التى مرت بها الجماعة والتى يستجمعها العقل الجمعى Group Mind إذا حان الوقت ليتصرف بشكل لا يعكس حاضره فحسب بل يعكس هذه العناصر والقوى الدفينة فيه. وفى ضوء ذلك يمكن القول (أحمد خليفة ١٩٧٤)، بأن السادس من أكتوبر ١٩٧٣ قد أسفر عن بدايات مؤكدة فى استخلاص موقف عقلى معاصر أكثر نضجا ومنطقا إزاء الصراع الرهيب بين العرب وإسرائيل (٢ : ١١).

المشكلة :

تتمثل مشكلة البحث فى الإجابة على السؤال التالى: ما هى اتجاهات التقارب والتباعد لدى طلاب الجامعات نحو شعوب العالم قبل وأثناء وبعد حرب ٦ أكتوبر ١٩٧٣؟ وفى نفس الوقت ما هى العوامل التى ترتبط باتجاهاتهم قبل وبعد الحرب خاصة العوامل الاقتصادية، والفروق بين الجنسين، والسن، ونوع التعليم، وذلك تأكيدا لما سبق أن افترضناه من تغير فى الاتجاه يحدث للفرد نتيجة الحرب.

فروض الدراسة :

يطرح البحث فرضاً أساسياً مؤداه أن هناك فرقا له دلالة إحصائية فى اتجاهات طلاب الجامعات نحو شعوب العالم قبل وأثناء وبعد حرب ٦ أكتوبر ١٩٧٣. وحيث أن المستوى الاقتصادى والاجتماعى (الدخل) له علاقة كبيرة بتكوين اتجاهات الفرد، ومن العوامل الأساسية المؤثرة فى هذه الاتجاهات، مما يترتب على ذلك وجود فروق بين فئات الدخل المختلفة، فإننا نفترض أن هناك فرقا دالا فى اتجاهات طلاب الجامعات فى كل فئة من فئات الدخل المختلفة نحو شعوب العالم قبل وبعد حرب ٦ أكتوبر ١٩٧٣.

تحديد المفاهيم :

فيما يلى تحديد للمفاهيم الأساسية فى الدراسة كالاتجاه، وقبل وبعد وأثناء حرب أكتوبر ١٩٧٣، وفئات الدخل.

أولا الاتجاه نحو شعوب العالم :

يقصد به التباعد الاجتماعى Social Distance كما يقاس بمقياس بوجاردس لقياس نواحى القبول والرفض تجاه شعوب العالم فيما يتعلق بجوانب: الزواج، الصداقة، الجيرة، العمل، مواطنين فى بلدى. وقد نمى بوجاردس (١٩٢٥) هذا المقياس الذى يقيس النواحى السابقة والتى تتمثل فى درجة العلاقات الوطيدة التى تكون لدى الفرد نحو أعضاء الجماعات الخارجية، ويلاحظ أن جوانب القياس مرتبة (زواج، صداقة، جيرة، ..الخ) بحيث يعكس ذلك الترتيب درجة تلك العلاقات الوطيدة، وقد هدف بوجاردس من وراء مقياسه قياس درجة التباعد والتقارب لدى الجماعات الدينية والعنصرية والمهنية المختلفة (١٣ : ٤٠٧).

شعوب العالم المتضمنة فى البحث :

وشعوب العالم التى تم قياس اتجاه الطلاب نحوها فى هذه الدراسة هى (١) أمريكا، (٢) سوريا (٣) الصين. (٤) ليبيا. (٥) السعودية. (٦) اليابان. (٧) انجلترا. (٨) روسيا. (٩) الجزائر. ومبررات اختيار هذه الشعوب :ـ أن تتضمن عددا من الدول التى تمثل دول المعسكر الغربى الذى يدعم إسرائيل وهى الطرف المقابل للطرف العربى فى حرب أكتوبر. كما تضمن دولا من المعسكر الشرقى الذى يدعم الحق العربى، وإحدى دول المواجهة والتى خاضت نفس الحرب مع اسرائيل وهى سوريا، كذلك تتضمن دول بترولية بعيدة عن المواجهة المباشرة مع إسرائيل.

ثانيا قبل وأثناء الحرب :

اعتبرت الفترة من ديسمبر ١٩٧٢ حتى مايو ١٩٧٣ فترة قبل الحرب وهى الفترة التى قام فيها الباحث بقياس اتجاه

طلاب الجامعات ضمن مشروع بحثى خاص ودون أن يعرف أى مصرى أن الحرب ستقوم، ولما حدثت الحرب لاح له إعادة تطبيق المقياس على عينة أخرى أثناء الحرب بهدف المقارنة بين نتائج القياس قبل قيام الحرب وأثنائها من ديسمبر ١٩٧٣ حتى يناير ١٩٧٤ ثم تم القياس بعد انتهاء الحرب من أكتوبر ١٩٧٤ حتى مايو ١٩٧٥ . وقد حالت مشاغل الباحث دون إخراج هذه الدراسة فيما سبق والتى ينوى نشرها فيما بعد بنتائجها بشكل مفصل.

ثالثا : فئات الدخل اعتمد على تصنيف «لينجسهيد» فى هذه الدراسة والذى يصنف المهن فى خمس فئات هى: (١) العمال غير المهرة (٢) العمال انصاف المهرة (٣) العمال المهرة (٤) الكتابيون المساعدون الفنيون (٥) القائمون بالأعمال الادارية.

الإجراءات الميدانية :

فيما يلى عرض لعينة البحث وخصائصها والأدوات المستخدمة والمعالجات الإحصائية للبيانات التى تم جمعها من الميدان.

العينة : بلغ عدد أفراد العينة ١٥٠٠ طالب وطالبة، ٥٠٠ قبل الحرب، ٥٠٠ أثناء الحرب، ٥٠٠ بعد الحرب وكان متوسط نسبة الذكور ١ر٦٧٪ ومتوسط نسبة الإناث ٥ر٣٢٪ وغير مبين ٤ر٠٪ وكان متوسط العمر ١٠ر٢٠ عام بانحراف ٩٩ر١ ومثل الطلاب معظم الجامعات المصرية وكانت الغالبية العظمى من جامعتى عين شمس والقاهرة، كذلك مثلوا معظم الكليات كالتربية والتجارة والهندسة والصيدلة والطب والعلوم والآداب والفنون وكانت أعلى النسب من كليات التجارة والعلوم ثم الآداب والطب والصيدلة، كما مثلت فى العينة كل سنوات الدراسة وكانت الأغلبية من السنوات الثانية والثالثة والرابعة. كذلك كان الطلاب يمثلون فئات الدخل المختلفة وقد وجد أن فئة الدخل التى تحصل على أعلى النسب هى ١٥٠ ـ، ويلى ذلك فئة الدخل ٣٠ ـ وبالنسبة لتعليم الأب وجد أن أعلى نسبة تعليم تقع فى الفئة «عالى وثانوى».

أدوات البحث :

استخدم فى الدراسة مقياس البعد الاجتماعى لبوجاردس (Bogardus 1952. 1923. 1933) والذى يعتبر من الموازين المتجمعة Cummulative Scale والتى ترتبط فيها الوحدات ببعضها البعض. فالفرد الذى يجيب بالموافقة على السؤال رقم (١) فإنه يجيب بالموافقة على السؤال رقم (٢) إلا أننا وجدنا فى دراستنا أنه من الممكن أن من يرغب فى الزواج من أمريكية أو سورية فقد لا يرغب فى أن يكون الأمريكى جارا له أو السورى زميلا له فى العمل.

ويشير البعد الاجتماعى Social Distance إلى درجة تقبل أو رفض الأشخاص فى مجال العلاقات الاجتماعية الاتية: (١) علاقة زواج. (٢) علاقة صداقة متينة بالنادى. (٣) علاقة جيرة فى السكن. (٤) علاقة زمالة فى العمل. (٥) علاقة مواطن فى بلدى. (٦) علاقة زائر فى بلدى. ويستخدم أسلوب التباعد الاجتماعى لدراسة الجاذبية النسبية التى لدى جماعة قومية تهدف نحو جماعة أخرى، وفى هذا الإطار قام كل من كيهن Keehn وبرثرو Prothro (١٩٥٦) بجمع بيانات تتعلق بتفضيل القوميات وذلك عند الطلاب الجامعيين فى ٢٣ ثلاثة وعشرين بلدا. وقد طلب أساتذة الجامعة فى هذه البلاد من طلابهم أن يتخيلوا أن الفرصة قد أتيحت لهم للعيش مع مجموعة من الأجانب وطلب منهم ترتيبها فى قائمة حسب تفضيلهم لها.

ويذهب الباحثون الى أن عدم وجود اتصال المستجيبين على مقياس بوجاردس وبين الشعوب المقاس الاتجاه نحوها يؤدى إل الاتجاهات التعصبية لديهم لعدم المعرفة بتلك الجماعات والقوميات، التى تقوم بعمليات التفضيل والترتيب الخاصة بها، أما اذا وجد هذا الاتصال من خلال التفاعل الاجتماعى والصداقة والسفر والاحتكاك الثقافى والرياضى فإن هذه الاتجاهات التعصبية تقل وتختفى (١٢ : ٤١٢).

كما استخدم فى الدراسة مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى :

وقد تضمن بيانات عن الدخل ومستوى تعليم الأب ومهنة الأب ومهنة الأم. وقد صنفت مهنة الأب والأم إلى: غير مهرة، نصف مهرة، كتابيون، أعمال إدارية، إداريون ومهنيون، ووظائف تنفيذية، ربة منزل، بالمعاش، غير مبين.

المعالجات الإحصائية :

طبق مقياس (كا) أساس لحساب دلالة الفرق فى الاتجاه بين قبل وأثناء وبعد الحرب لدى الذكور والإناث والطلاب فى الجامعات المختلفة والسنوات الدراسية المختلفة، ولقد رؤى عدم عرض نتائج التكرارات الأقل من خمسة لتفادى عوامل الخطأ والصدفة.

النتائـج :

تم تصحيح المقياس وتفريغ نتائجه فى الجداول التكرارية الخاصة بذلك وحساب دلالة الفرق على النحو السابق عرضه ولما كانت الجداول الإحصائية كثيرة فإننا سنقتصر فيما يلى على مناقشة تلك النتائج.

مناقشة النتائج :

وجد فى الدراسة أن النوع والديانة يرتبطان ويؤثران فى تقبل إقامة علاقة زواج نحو شعوب الدراسة ولا يرتبطان بتقبل إقامة علاقة زواج أو جيرة أو عمل أو مواطنة. وتأتى أهمية إقامة علاقة زواج فى إطار الشعور بالرضا والدعم الاجتماعى (Michael Argyle 1987) . الذى تتزايد أهميته خلال العلاقة الزوجية (٨ : ٤٠) . ويتسق ما كشفت عنه الدراسة الحالية مع ما ذكرته سامية الساعاتى (١٩٧٤) فى كتابها «الاختيار للزواج والتغيير الاجتماعى» حيث أشارت الى أن الاختيار للزواج يتحدد وفقا للجنس والدين، والأصل الشعوبى، ووفقا للعمر وساقت الكثير من الدراسات التى تؤيد وجهة نظرها كدراسة هولينجز (١٩٥٠)، كيندى Knnedy (١٩٥٢) وريدسون Ridson (١٩٥٤) .

كما وجد أن بعض الجامعات والكليات فيها متغيران يرتبطان بتقبل إقامة جميع العلاقات المقاسة من زواج وصداقة وجيرة وعمل ومواطنة نحو بعض شعوب الدراسة، كذلك لعب العمر وسنة الدراسة دورا فى الاتجاه، إذ وجد أن بعض فئات السن وبعض السنوات الدراسية يرتبطان بتقبل إقامة علاقات زواج وصداقة وجيرة وعمل نحو بعض شعوب الدراسة ما عدا المواطنة.

وبالنسبة للتعليم اتضح أن بعض مستويات تعليم الأب لدى الطلاب يرتبط بتقبل إقامة علاقات صداقة وجيرة وعمل ومواطنة نحو بعض شعوب الدراسة ما عدا الزواج.

وفيما يختص بالدخل فإن بعض فئات الدخل لدى الطلاب يرتبط بتقبل إقامة علاقات جيرة وعمل، ومواطنة نحو بعض شعوب الدراسة ما عدا الزواج.

وبالنسبة لكل جانب من جوانب المقياس الخاصة بالاتجاه نحو كل شعب من الشعوب فى إطار التقارب والتباعد قبل وأثناء وبعد حرب أكتوبر ١٩٧٣ نجد ما يلى :

ويلخص الجدول التالى العوامل المرتبطة بكل جانب من الجوانب الخمسة المقاسة بوجه عام .

(١) الزواج	(٢) الصداقة	(٣) الجيرة	(٤) العمل	(٥) المواطنة
١ ـ النوع				
٢ ـ الديانة				
٣ ـ السن	السن	السن	السن	
٤ ـ الجامعة	الجامعة	الجامعة	الجامعة	
٥ ـ الكلية	الكلية	الكلية	الكلية	
٦ ـ السنة الدراسية	السنة الدراسية	السنة الدراسية	السنة الدراسية	—
٧ ـ مستوى تعليم الأب	مستوى تعليم الأب	مستوى تعليم الأب	مستوى تعليم الأب	مستوى تعليم الأب
٨ ـ الدخل	—	الدخل	الدخل	الدخل

١ ـ **بالنسبة للشعب السورى :** وجد أن اتجاه الطلاب نحو الشعب السورى كان أكثر تقاربا أثناء الحرب عن قبلها وبعدها سواء كان ذلك بالنسبة للزواج أو الصداقة أو المواطنة وترتبط هذه الجوانب بمتغيرات النوع والديانة والسن والجامعة والكلية والسنة الدراسية الملتحق بها الطالب والدخل وتعليم الأب، ماعدا متغير تعليم الأب بالنسبة للصداقة والعمل اذ كان الاتجاه أكثر تقاربا بعد الحرب عن قبل الحرب. كذلك وجد أن مستوى تعليم

الأب لا يرتبط لدى الطلاب باتجاه الزواج نحو الشعب السورى. كما أن الدخل لا يرتبط باتجاه الزواج والصداقة والجيرة والعمل نحو الشعب السورى فى حين أنه يرتبط باتجاه المواطنة.

- ولقد أشارت النتائج بالنسبة لعلاقة العمر باتجاه التقارب نحو الشعب السورى، أنه فى بعض فئات العمر (٢١, ٢٤) كان التقارب أثناء الحرب أعلى من قبل وبعد الحرب. ويبدو أن الخلاف بين القيادتين المصرية والسورية حينئذ بالنسبة لضرورة استمرار الحرب على جبهة سيناء ليخفف ضغط الهجوم الإسرائيلى على هضبة الجولان قد ترك أثره بخفض التقارب نحو الشعب السورى بعد الحرب عن أثنائها.

ويتسق تأثير العمر وعلاقته بالتقبل مع كثير من الدراسات (Argyle 1987) فيتضاءل معدل النشاطات السارة تضاؤلا واضحا مع العمر (Leurinsohn. 1974) كما أن كبار السن يتصفون بتسطيح المزاج (٨ : ٢٠٦).

٢ - **بالنسبة للشعب السعودى** : وجد أن اتجاه الطلاب نحو الشعب السعودى يكون أكثر تقاربا أثناء الحرب فى معظمه عن قبل وبعد الحرب على جميع جوانب المقياس (الزواج والصداقة والجيرة والعمل والمواطنة). وبالنسبة لمعظم المتغيرات كالسن والجامعة والكلية. وأن متغير الدخل قد ارتبط باتجاه الطلاب فقد كان أكثر تقاربا بعد الحرب بالنسبة للعمل، وكان أكثر تقاربا قبل الحرب بالنسبة للصداقة نحو الشعب السعودى لكن هذا المتغير (الدخل) لم يرتبط باتجاه الزواج لدى الطلاب نحو الشعب السعودى.

وبالنسبة لزيادة التقارب بعد الحرب نحو الشعب السعودى بالنسبة للعمل فقد أشارت بعض البحوث إلى أن من يعمل معهم الفرد هم أحسن واق ضد مشقة العمل كما وجد أن التفاعل مع زملاء العمل هو العامل الأكثر أهمية فى تحمل مشاق العمل (٨ : ٤٥).

٣ - **بالنسبة للشعب الليبى** : وجد أن اتجاه الطلاب نحو الشعب الليبى كان أكثر تقاربا بعد الحرب على جميع جوانب المقياس (الزواج والصداقة والجيرة والعمل والمواطنة) وبالنسبة لكل المتغيرات من نوع وديانة وفئات السن والجامعة والكلية والسنة الدراسية والدخل، ووجد أيضا أن الدخل ومستوى تعليم الأب لا يرتبطان باتجاه الطلاب بالنسبة لجوانب مثل الزواج والصداقة والجيرة.

وبالنسبة لنتائج الاتجاه نحو الشعب الليبى بوجه عام فقد كان التقارب واضحا بعد الحرب عن أثنائها وقبلها، وهذا على الرغم من سلوك القيادة الليبية فى ذلك الوقت بعدم الالتزام بما عليهم نحوها، وذلك لعدم إخبارهم بساعة الصفر فى المعركة من جانب القيادتين المصرية والسورية. إلا أن ذلك يبين ان اتجاهات الطلاب نحو الشعب الليبى ثابتة لا تتغير بمواقف القيادات فى المواقف الصعبة التى تمر بها الشعوب.

٤ - **بالنسبة للشعب الجزائرى** : اتجاه الطلاب نحو الشعب الجزائرى كان بالنسبة لجميع جوانب المقياس أكثر تقاربا أثناء الحرب عن قبلها وبعدها.

ويلاحظ أن اتجاهات التقارب بالنسبة لكل الشعوب العربية تكون أثناء الحرب أعلى من قبل وبعد الحرب. ويبدو أن هذا يرتبط بالحماس الذى يظهر لدى الشعوب العربية أثناء تعرضها للأزمات والنكسات ثم سرعان ما تفتر وتخمد بعد زوال الأزمة.

٥ - **بالنسبة للشعب الأمريكى** : اتجاه الطلاب نحو الشعب الامريكى على جميع جوانب المقياس يسير فى مسارين بالنسبة للتقارب.

١ - تقارب أكثر أثناء الحرب عن قبلها وبعدها.

٢ - تقارب أكثر قبل الحرب عن أثنائها وبعدها.

(أ) بالنسبة للتقارب الأكثر أثناء الحرب عن قبلها وبعدها نجد أنه كان أكثر فيما يختص بالزواج فى ارتباطه بالجامعة والسنة الدراسية. وبالنسبة للصداقة يكون من حيث ارتباطه بالكلية الملتحق بها الطالب. وبالنسبة للجيرة يكون من حيث ارتباطه بالكلية والسنة الدراسية والدخل ومستوى تعليم الأب، وبالنسبة للعمل يكون من حيث ارتباطه بالسن والجامعة والسنة الدراسية وبالنسبة للمواطنة يكون مرتبطا بالجامعة والدخل.

(ب) أما بالنسبة للتقارب الأكثر قبل الحرب نحو الشعب الأمريكي عن أثناء وبعد الحرب فكان بالنسبة للزواج مرتبطا بالنوع والدين والسن، وبالنسبة للصداقة يكون مرتبطا بالسن. وبالنسبة للجيرة يكون مرتبطا بالجامعة. وفي العمل يكون مرتبطا بالدخل والسن وبالنسبة للمواطنة يكون مرتبطا بالكلية والدخل.

ويتبين بوجه عام أن اتجاه التقارب لدى الطلاب نحو الشعب الأمريكي كان قبل الحرب أعلى منه بعد الحرب وذلك للانحياز الأمريكي لإسرائيل والدعم الكبير لها من خلال مدها بالجسور الجوية التي كانت تنقل العتاد لإسرائيل من أمريكا رأسا لميدان القتال.

ويعكس وجود تقارب بالنسبة لمتغير المواطنة رغبة المصريين من ناحية أخرى أن يكونوا مواطنين أمريكيين. فالمواطنة تعني الانتساب لوطن ما يسعى الفرد في علاقته به إلى تحقيق حاجاته خاصة الحاجة إلى حياة آمنة مستقرة. ويشار للوطن في اللغة الانجليزية بكلمة "Home" أي «بيت» وكلا من البيت والوطن يشيران إلى الاستقرار (١٢٠،١١٧:٦) . وقد وجدت عبلة إبراهيم (١٩٩٣) في بحثها عن هيراركية الانتماء ارتباط الانتماء بمفهوم الوطن وتفضيل جماعة الوطن (٦ : ٢٨٦، ٢٨٩) .

٦ - **بالنسبة للشعب الانجليزي** : وجد أن اتجاه الطلاب نحو الشعب الانجليزي كان على جميع جوانب المقياس، وبالنسبة لجميع المتغيرات أكثر تقاربا قبل الحرب عن أثنائها وبعدها.

٧ - **بالنسبة للشعب الياباني** : وجد أن اتجاه الطلاب نحو الشعب الياباني كان أكثر تقاربا قبل الحرب عن أثنائها وعن بعدها وذلك بالنسبة للعمل، أما بالنسبة لجوانب المقياس الأخرى وهي الزواج والصداقة والجيرة والمواطنة فلا ترتبط بأي متغير من المتغيرات المدروسة كالسن والدخل والسنة الدراسية.

٨ - **بالنسبة للشعب السوفييتي** : وجد أن اتجاه الطلاب نحو الشعب السوفييتي كان أكثر تقاربا بعد الحرب على جميع أقسام المقياس من صداقة وجيرة وعمل ومواطنة ماعدا الزواج.

وبالنسبة لورود الصداقة على رأس متغيرات التقارب مع الشعب السوفييتي الذي زود الجيش المصري بالأسلحة أثناء الحرب رغما من الاختلاف العقائدي بيننا وبينه فإن الصداقة تمثل قيمة إنسانية في حياة الإنسان والجماعة التي ينتمي إليها. وقد أشارت بحوث ديوكس Dux (١٩٨٨) إلى أن التماثل والتكامل هما الجانبان الهامان في الصداقة. وتعمل الصداقة على خفض التوترات النفسية الناتجة عن العزلة وعلى مساعدة الفرد عن التعبير عن ذاته، وقد عرف انجلش وانجلش English & English الصداقة بانها علاقة تتسم بالجاذبية المتبادلة المصحوبة بمشاعر وجدانية (١٦:٣، ٨٩٠،٧٢) ويحتاج الناس للصداقة للمساعدة العملية وتوفير الدعم الاجتماعي، والمشاركة في الأنشطة (٣٤،٣٣:٨) .

٩ - **بالنسبة للشعب الصيني** : وجد أن اتجاه الطلاب نحو الشعب الصيني كان أكثر تقاربا أثناء الحرب على جميع جوانب المقياس ما عدا الصداقة عن قبل وبعد الحرب.

خاتمة : تمثل هذه الدراسة أول إسهام حقيقي لعلم النفس عن حرب أكتوبر ١٩٧٣ ونجد من خلال النتائج السابقة أن العلاقات السياسية بين الدول تؤثر في اتجاهات أفراد شعوبها نحو بعضهم البعض، إذ اتضح تأثر الاتجاهات نحو الشعب السوري بما شاب العلاقات المصرية السورية من توتر أثناء الحرب نتيجة توقف الهجوم المصري مما ترك لإسرائيل الاستيلاء على هضبة الجولان السورية، كذلك تأثر الاتجاه نحو الشعب الليبي لغضب القيادة الليبية لعدم إخبارها بساعة الصفر، كذلك الأمر بالنسبة للاتجاه نحو الامريكيين تأثر بعد الحرب عن قبلها نتيجة دعمها بالجسر الجوي لإسرائيل. أما الاتجاه نحو الشعب السوفييتي فقد كان أكثر تقاربا.

وهناك نتيجة على جانب كبير من الأهمية كشفت عنها الدراسة بالنسبة للعلاقات العربية هو أن التقارب يكون كبيرا أثناء الأزمات ثم سرعان ما يهدأ ويزول بعد انتهاء الأزمة.

المراجع العربية

١ ـ ابراهيم صقر ـ حرب أكتوبر والانفراج الدولى، الندوة الدولية لحرب أكتوبر ١٩٧٣ ـ القاهرة ٢٧ ـ ٣١ ـ أكتوبر ١٩٧٥ القطاع السياسى المجلد الثانى صفحة ٢١٢.

٢ ـ أحمد خليفة ـ ٦ أكتوبر وممارسة العلم الاجتماعى، حرب أكتوبر دراسات فى الجوانب الاجتماعية والسياسية ـ المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ومركز الدراسات الاستراتيجية بالأهرام ١٩٧٤ صفحة ١١.

٣ ـ أسامة أبو سريع ـ الأبعاد الأساسية للصداقة ـ دراسة ارتقائية ـ رسالة دكتوراه بآداب القاهرة ١٩٩١.

٤ ـ جميل مطر ـ صنع قرار ٦ أكتوبر ـ حرب أكتوبر دراسات فى الجوانب الاجتماعية والسياسية ـ المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ومركز الدراسات السياسية والاستراتيجية ـ الأهرام يناير ١٩٧٤ صفحة ١١.

٥ ـ خيرى عزيز ـ الحرب الرابعة والوفاق بين الدولتين الأعظم ـ حرب أكتوبر دراسات فى الجوانب الاجتماعية والسياسية ـ المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ومركز الدراسات السياسية والاستراتيجية ـ الأهرام يناير ١٩٧٤ صفحة ٣٩.

٦ ـ عبلة ابراهيم ـ هيراركية الانتماء ـ رسالة دكتوراه بآداب عين شمس ١٩٩٣ صفحة ١١٧، ١٢٠.

٧ ـ فيليب أردان ـ إعداد ـ اللجنة المنظمة للندوة الصينية وحرب أكتوبر ١٩٧٣ ـ الندوة الدولية لحرب أكتوبر ١٩٧٣ ـ القاهرة ٢٧ ـ ٣١ أكتوبر ١٩٧٥ القطاع السياسى المجلد الثانى صفحة ٢٦١.

٨ ـ مايكل ارجايل ـ تأليف ـ فيصل يونس ـ ترجمة ـ سيكلوجية السعادة ـ عالم المعرفة (١٧٥) ـ المجلس الوطنى للثقافة ـ الكويت ـ ١٩٧٣.

٩ ـ محمود خيرى عيسى، مصطفى علوى ـ مضمون السياسة الأمريكية تجاه الشرق الاوسط ـ الندوة الدولية لحرب أكتوبر ١٩٧٣ ـ القاهرة ٢٧ ـ ٣١ أكتوبر ١٩٧٥ القطاع السياسى المجلد الثانى صفحة ١٢٩.

١٠ ـ محمود أبو النيل ـ علم النفس الاجتماعى دراسات عربية وعالمية ١٩٨٤.

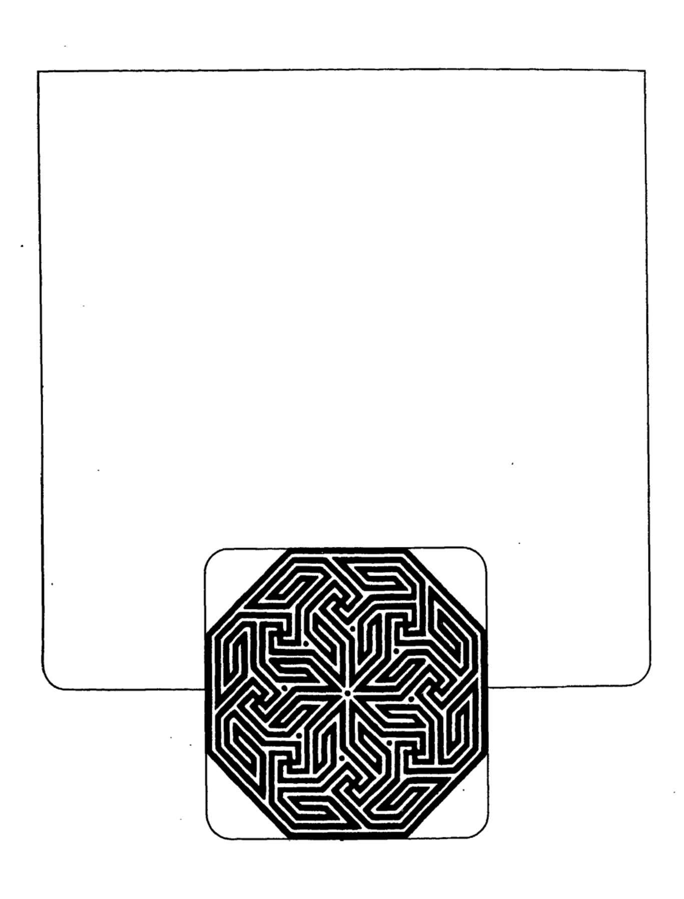
١١ ـ مورتوزى كابى، سامبا كابوتو ـ إعداد: نازلى معوض ـ ترجمة ـ تطورات موقف أفريقيا وزائير تجاه الشرق الأوسط ـ الندوة الدولية لحرب أكتوبر ١٩٧٣ ـ القاهرة ٢٧ ـ ٣١ أكتوبر ١٩٧٥ القطاع السياسى المجلد الثانى صفحة ٢٣٧.

١٢ ـ محمود السيد أبو النيل ـ اتجاهات طلاب الجامعات نحو شعوب العالم قبل وأثناء وبعد حرب أكتوبر ١٩٧٣ (دراسة لم تنشر).

المراجع الاجنبية

13 - Shaw Marvin E & wright juck N. Scales for the Measurment of attitudes. Mc Graw Hill comp.. New York, 1967, P,407.

14 - Lindgren Henry Clay. Byrne Donn & Peterinovich Lewis Psychology : An introduction to a behavioral Scinence. John Wiley & Sons inc. New York. 1968. P412.



التعليم المتكامل المستمر .. من قاعة الدرس إلى الحياة

ا.د. عزة عبدالغنى حجازى
كلية البنات ـ جامعة عين شمس

تقديم

الدعوة الكريمة التى تلقيتها من الأستاذة الدكتورة/ كاميليا عبدالفتاح للكتابة عن «الجمعية المصرية للتعليم المتكامل المستمر» ، أشعلت حماسى لأضع تلك الخبرة أمام القارىء العزيز، لتكون فرصة طيبة للحوار والتقييم على صفحات مجلة علم النفس.

وتعد الجمعية التى أتشرف بكونى مؤسسة لها ورئيسا لمجلس إدارتها فرعا من مركز نامورا للتعليم المتكامل المستمر باليابان، وهو المركز الذى تدربت فيه خلال الصيف من أعوام ١٩٩٢ ـ ١٩٩٣ ـ ١٩٩٥.

وفيما يلى النقاط الرئيسية التى سأصوغ تلك التجربة من خلالها:

١ ـ الجمعيات الأهلية غير الحكومية والتطوع من أجل النهوض بالتعليم.

٢ ـ أهداف المركز وأنشطته فى اليابان.

٣ ـ أهداف الجمعية المصرية للتعليم المتكامل المستمر بمصر.

أولا: الجمعيات الأهلية غير الحكومية والتطوع من أجل النهوض بالتعليم:

كانت بداية تعرفى على الجمعيات الأهلية غير الحكومية التابعة لوزارة الشئون الاجتماعية من خلال انتخابى عضوا لمجلس إدارة الجمعية المصرية للدراسات النفسية وهى جمعية مهنية (Professional group) وتشرفت بكونى أمينا لصندوقها على مدى ست سنوات متتالية، أما تعرفى على الجمعيات الأهلية (أو المنظمات التطوعية) (NGG) (Non profit sector) ، فقد جاء بعد زياراتى العلمية المتكررة لليابان، قبل ذلك كنت أعتقد أن التطوع يقتصر على خدمة المرضى والجرحى والمعوقين واليتامى والمعوزين. وتغيرت فكرتى هذه ، بعد أن قدر لى، أن أعبر الطريق الذى سلكه

أجدادنا منذ قرون طويلة مضت، والذى كان يطلق عليه «طريق الحرير، وطريق التوابل» حتى وصلت إلى اليابان، بلاد الشمس المشرقة.

وهناك عرفت أن الإعاقة الحقيقية تكمن فى حرمان الإنسان من التمتع بما منحه الله سبحانه وتعالى من قدرة على التعليم المتكامل المستمر وخير مثال على ذلك «الإنسان اليابانى» الذى حقق من النجاحات والانجازات ما أهله ليتصدر العالم أجمع اقتصاديا وتكنولوجيا وعلميا. لقد صارت نهضة اليابان ـ التى كانت قد منيت بهزيمة مروعة فى أعقاب الحرب العالمية الثانية ـ والبلد الوحيد على كوكب الأرض الذى ضرب بالقنابل الذرية ـ خير مثال على ذلك.

كانت اليابان بالنسبة لى حتى عام ١٩٨٩، مجرد بلد بعيد جدا عن مصر، وكأنه فى القمر... بالطبع كنت أعرف عنهم تقديسهم للإمبراطور «ابن الشمس»، وأن ديانتهم هى البوذية، وارتداء النساء الكيمونو، وأن تحيتهم عبارة عن انحناءة تدل على الأدب الجم حين رأيت بعض الأفلام عن فتيات الجيشا، وباختصار كانت معلوماتى تتسم بالسطحية. سافرت بحثا عن الفهم والمعرفة وعدت أحمل المزيد من التساؤلات وبعض الإجابات المحتملة.

فى ربيع ١٩٨٩ تعرفت على عضوات وأعضاء مركز نامورا للتعليم المتكامل المستمر باليابان وذلك أثناء حضورى المؤتمر الدولى عن الشباب والتنمية والذى عقد بجامعة «اندرا» بالهند، واسترعى انتباهى الوفد اليابانى بأدائه المتميز والورقة البحثية التى ألقتها السيدة/ يوشيكو نامورا رئيس المركز، والتى تضمنت نقدا مريرا لأوضاع التعليم باليابان، ومعاناة المجتمع اليابانى، وخاصة الأطفال والشباب من جراء تشويه الهدف السامى للتعليم وقولبته داخل مفاهيم تكرس الفرقة والتنافس المحموم على التفوق والسيطرة، منتقدة النظم التعليمية على المستوى القومى والعالمى، ودعت إلى ضرورة استعادة إنسانية الإنسان المفقودة، وعودة التعليم إلى النبع الصافى؛ ليكون تعليما متكاملا مستمرا. كما دعت فى حديثها إلى الرجوع إلى الأسئلة البديهية البسيطة لنتفق عليها عن ماهية الإنسان؟ ولماذا يعيش؟ وأكدت على أن جوهر العملية التعليمية يكمن فى إفساح الطريق لإمكانية التجديد والتغيير والكفاح من أجل ترسيخ مبدأ جوهرى وهو: احترام الكرامة الإنسانية بغض النظر عن الفروق بين القوميات والأديان واللغات والحدود الجغرافية من أجل إرساء السلام على كوكب الأرض، فالجميع سواسية فى حقهم فى الكرامة الإنسانية وخاصة بعد ما أثبتت الكشوف الفضائية والتكنولوجية وحدة مصير بنى البشر الذين يعيشون على ذلك الكوكب السابح فى الفضاء اللامتناهى، ولن يتحقق ذلك إلا عن طريق شاق ومضن يجاهد فيه الإنسان نفسه للتغلب على نوازع الشر والطمع والأنانية والتسلط.

هكذا تحدثت السيدة / نامورا فى الهند أمام وفود ما يزيد على ثلاثين دولة من دول العالم الأول والثانى والثالث ـ إذا جاز لنا أن نستخدم تلك المسميات المضللة ـ وأصدقكم القول أن انطباعى لم يكن طيبا عن هذا الحديث فهو مجرد «قصيدة شعر» أو أنه مجرد آمال وأحلام مثل جميع «اليوتوبيات» التى راودت الفلاسفة والتربويين والأدباء والشعراء على مر العصور من قبل، وربما إلى الآن، إنه حديث شيق وممتع، ولكن تكمن فى الأحرف الثلاثة التالية معالم المعضلة: كيف؟

نحن فى مصر نكاد نردد الحديث نفسه، فهل يفعل هذا المركز شيئا أو يمارس أنشطة تكمن فيها الترجمة الواقعية لتلك الأحلام؟

ووقفت حائرة أمام العديد من مصطلحات الفلسفة الشرقية مثل «الكرما» و «المندارا» و«الوا» و«نيجى» و«ارا» و«ميتاما» وغيرها وغيرها.. وككل شىء محير عادة ما يخلع عليه الإنسان التصورات التى قد تبتعد كثيرا عن الموضوعية. وتولد داخلى حب استطلاع للبحث عن إجابة هذا السؤال: كيف فعلوا ذلك؟؟!

وبدأت بعد عودتى إلى مصر رحلة شيقة إلى اليابان عن طريق قراءة كل ما تقع عليه يدى من المراجع والكتب التى اتخذت من اليابان موضوعا لها، ولم يكن هذا كافيا فكان لابد أن أشد الرحال، وأيمم إلى بلاد الشمس المشرقة، كى أتلقى تدريبا عمليا وميدانيا فى المركز لأعرف ماذا يفعلون هناك بالتحديد. وعليه كانت زياراتى للمركز خلال الصيف من أعوام ١٩٩٢ ـ ١٩٩٣ ـ ١٩٩٥. لتكون فرصة طيبة كى تنفتح أمام وعيى آفاق العمل الاجتماعى التطوعى فى مجال التعليم،

وكى أتحول من مجرد باحثة أكاديمية فى ميدان علم النفس أقوم برسالتى داخل قاعات الدرس إلى الانتقال إلى الحياة برحابتها وأنهل من معين خبرتها المتجدد. وسأعرض فيما يلى أهم الخطوط العريضة كأهداف المركز وأنشطته. وبعدها سأعرض أهم الخطوط العريضة لوجهة نظرى.

ثانيا: أهداف المركز وأنشطته باليابان:

١ ـ الإنتقال من التعليم لمجرد أن يمتلك الإنسان المعلومات بصدد تخصص معين إلى التعليم من أجل الحكمة.

٢ ـ التحول من التعليم الذى يقوم على قياس الفروق فى التحصيل الدراسى فقط إلى التعليم المكرس لتنمية الشخصية ككل، وإفساح المناخ الملائم لذلك.

٣ ـ التحول من مجرد معرفة ودراسة الثقافة التقليدية إلى التعليم الذى يحرر الإنسان ويطلق العنان لقدراته وإمكاناته لإبداع ثقافة جديدة.

٤ـ التحول من التعليم خلال فترة محددة من الزمن وذلك من أجل الحصول على شهادة أو درجة علمية إلى التعليم المستمر طوال الحياة من المهد إلى اللحد.

يمكن تحقيق هذه الأهداف عن طريق الجهود التطوعية التى تقوم بها عضوات وأعضاء المركز فى ثمانية وستون فرعا فى اليابان وذلك من خلال ثلاث قنوات هى:-

* الوالدان (والأم على وجه الخصوص) وما يحيطهم من مناخ أسرى

* المدرسون وإدارة المدرسة.

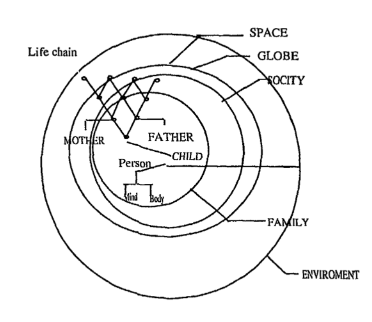
* المجتمع وما يضمه من مؤسسات اجتماعية واقتصادية ودينية وإعلامية.

ومن الجدير بالذكر أن تقنيات الارشاد والتوجيه المتبعة بالمركز تقوم على اجتياز المرشدين والموجهين العديد من الدورات التأهيلية، والإشراف الجماعى من هيئة المشرفين العليا عليهن (الغالبية العظمى من النساء) بقيادة السيدة / مدير المركز من خلال اجتماعات أسبوعية وشهرية وسنوية، وهى تختلف اختلافا كبيرا عن طرق الإرشاد والتوجيه السائدة فى المجتمعات الغربية فى عدة جوانب نذكر أهمها:

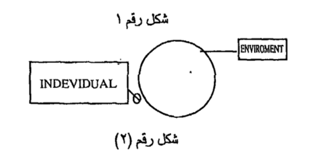
(١) الإنسان جزء من الطبيعة وليس قائدا لها

ترى فلسفة المركز أن الإنسان جزء من الطبيعة وليس قائدا لها أو مسيطرا عليها، ولشرح هذه الفكرة يقدمون هذه الصيغة: لما كانت البشرية فى صورتها المجردة عبارة عن إنسان يلتحم فيه الجسم والعقل، وبوجود هذا الإنسان الذكر والأنثى وتكاثرهما ولد «الطفل» وبمجىء الطفل تتكون «الأسرة» والإنسان يعيش داخل دائرة أوسع تضم البيئة، وتلك البيئة تتكون من ثلاثة أبعاد أساسية هى: البيئة الطبيعية.، والبيئة المادية، والبيئة الإنسانية. ولما كانت الفلسفة الغربية تضع الإنسان فى مواجهة تلك البيئة بأبعادها الثلاثة فإن الفلسفة الشرقية تضع الإنسان داخل الدائرة (أى البيئة) وليس فى مواجهتها. والدائرة تضم داخلها ثلاث دوائر أخرى هى

الإنسان جزء من الطبيعة



شكل رقم ١



شكل رقم (٢)

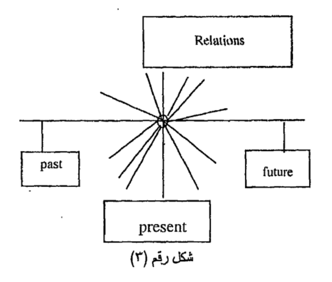
والمجتمع، والعالم، وكل الدوائر تتداخل فى تكامل وانسجام وتوازن، ولا نستطيع أن نفصل أى منها عن الأخرى وإلا اختل التوازن ووقع الإنسان فى براثن المرض مدمرا جسمه وعقله وأسرته ومجتمعه والعالم الخارجى وبيئته فى آن واحد.
والرسم رقم (١) و (٢) يوضحان تلك الفكرة.

(٢) فكرة الزمن والتغير

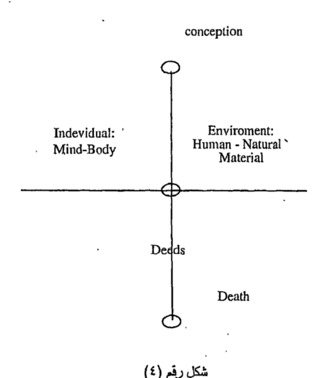
إن سلسلة الحياة تمتد عبر ثلاث نقاط هى الماضى والحاضر والمستقبل، والزمن مجرد تصور نظرى من صنع الإنسان، فلا وجود للماضى والمستقبل، الموجود فقط هو اللحظة الحاضرة، وهى التى عن طريقها ينتقل الإنسان من الماضى إلى المستقبل.

وحيز الحياة للإنسان يضرب بجذوره عبر سلسلة متواصلة الحلقات تربط بنى البشر جميعا، بما يمكن تسميته الضمير الجمعى لبنى البشر وهى فكرة تكاد تطابق ما ذكره من قبل «كارل يونج».

أن التغير يعنى علاقة، وتلك العلاقة موجودة فى نظام الكون من قبل (سواء عرف بها الإنسان أو جهلها)، ولكن إمكانية التعرف عليها كامنة فى التعليم المتكامل المستمر، وبعبارة موجزة: التغير يعنى علاقة والعلاقة تعنى تعليما متكاملا مستمراً، وكلما اتسعت شبكة العلاقات ترتب عليها إمكانية التغيير، وهذا التغيير يحتاج إلى عدة شروط منها: أن يعد الفرد نفسه ليتعرف على العلاقات الموجودة فى نفسه وأسرته ومجتمعه والبيئة (بأبعادها الثلاثة) والكون اللا متناهى. بإعتبار أن الإنسان يعيش داخل هذه الدوائر، وليس سيدا لها لأنه إذا تغافل عن هذه الحقيقة وتجاهلها فالثمن الباهظ لن يكون مجرد تلوث البيئة وتدميرها، أو انكار العلاقات التى تربطه بالأسرة والمجتمع والعالم الخارجى، بل ستدمر الإنسان نفسه.
والرسم رقم (٣) و (٤) يوضحان هذه الفكرة



شكل رقم (٣)



شكل رقم (٤)

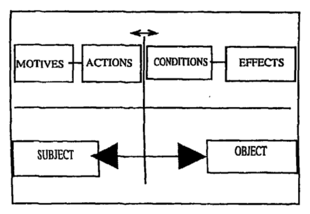
(٣) الجذور الدينية لفلسفة المركز:

إن فلسفة المركز تضرب بجذورها فى أعماق الأبعاد الروحية للمجتمع اليابانى، والديانات الرئيسية فى اليابان هى شينتو، والبوذية، والمسيحية، ويوجد حوالى مائة ألف مسلم، ويذكر الدكتور / عبدالقادر حاتم فى كتابه القيم أسرار تقدم اليابان،... تنادى البوذية بأن الحالة النهائية المطلقة هى حالة التنوير النفسى التى تتأتى بالتنبيه للحقيقة وإدراكها. والهدف أيضاً هو تخليص النفس من الفكرة العنيدة بأن كل شئ أبدى مع أن الكل مؤقت وإلى زوال.

وأنه برغم أن كل شئ له مادة فإن الكل وهم وخيال، ولا يوجد آلهة فى البوذية والتأكيد هنا يتركز فى تخليص النفس من الحقد والغيرة من خلال حب لا متناه. والتعصب مرفوض: على المرء أن يحقق التسامح والمساواة. ولعل ما اقتبسه من شعر محى الدين ابن عربى أن البشرية تنهل من نبع واحد وأن اختلفت المسميات.

(٤) - السبب والنتيجة والذات والموضوع:

والرسم رقم (٥) يشرح هذه الفكرة:



شكل رقم (٥)

وبناء على ما سبق فتكون هناك الدوافع التى يترتب عليها الأفعال، وهذه الأفعال تؤدى إلى توفر مناخ أو ظروف معينة وهذه الظروف تؤدى إلى تأثيرات من نوع معين على الإنسان وهكذا دواليك.

لا وجود لحواجز حادة فاصلة بين السبب الإيجابى والسلبى، فالإنسان يظل فى حالة انتقال دائم من السبب الإيجابى إلى السلبى، ومن السلبى إلى الإيجابى فى حالة تحول مستمر عن طريق التعليم وخبرات الحياة وفك طلاسم العلاقات المحيطة به فقد يفعل من الأخطاء ويرتكب من الآثام ما يمهد له الطريق إلى الأعمال الخيرة والاستبصار بأخطائه كى يصل إلى الغاية المنشودة وهى «الحكمة».

إن فكرة الثنائية ليس لها وجود فى هذه الفلسفة فالشر يمكن أن يكون مقدمة للخير، والخير يمكن أن يكون مقدمة للشر، ولن يتمكن الإنسان من الوصول إلى مرحلة الحكمة والسلام الحقيقى مع النفس إلا عبر طريق شاق من مجاهدة النفس لقمع جوانب الشر داخلها. فالصراع والحروب والتناقض لا توجد بين الأفراد والدول ولكن يوجد داخل عقل ووجدان وسلوك الفرد نفسه.

وتقوم أهداف المركز على مسلمات مؤداها: -

١ - أن أى موقف يتعرض له الإنسان فى حياته هو بمثابة موقف تعليمى يستطيع أن يعتصر الخبرة والحكمة منه عن طريق تعلم ذاتى.. إذن التعليم يمكن أن يتم فى أى مكان وزمان بحثا عن «الحكمة».

٢ - أن تعليم الناشئة فى جوهره يعتمد على تعليم الكبار (الوالدان والمدرسون) أنفسهم، عن طريق التعليم الذاتى المستمر لمواكبة التغيرات المعاصرة حتى لا تكون هناك فجوة بين ما يعرفه الأبناء وبين ما عرفه الآباء أو الأجداد.

٣ - ومن الجدير بالذكر أن أهداف المركز يتم ترجمتها وممارستها عن طريق أنشطة وبرامج ودورات تدريبية.

والدورات التدريبية التى حضرتها كانت فى المجالات التالية: -

١ - التوجيه والإرشاد الأسرى

٢- التوجيه والإرشاد للشباب من الجنسين.

٣ ـ رعاية الأطفال فى دور الحضانة (والمركز ملحق به دار حضانة)

٤ ـ تقديم الخدمات التطوعية للمعوقين والفئات الخاصة.

٥ ـ الجوانب الإدارية والتنظيمية للمركز.

٦ ـ رعاية المسنين وتقديم خدمات الإرشاد والتوجيه لهم.

٧ ـ التعاون والتنسيق مع الهيئات الدولية وعلى رأسها منظمة اليونسكو وذلك فى مجال عقد المؤتمرات والحلقات البحثية الدولية فى مجال الطفولة والأمومة والتعليم المستمر.

٨ ـ تقديم الدورات التدريبية إلى قطاع التعليم الرسمى لأولياء الأمور ومجالس الآباء والمدرسين وإدارة المدرسة ومن الجدير بالذكر أن تلك الدورات يقوم الحاضرون فيها بدفع رسوم الاشتراك على نفقتهم الشخصية بالنسبة للوالدين، وتقوم المدرسة بالمساهمة فى تلك الرسوم بالنسبة للمدرسين وإدارة المدرسة.

٩ ـ عقد الندوات والمؤتمرات المحلية والدولية التى تتناول ربط التعليم بالعمل من خلال الشركات والمؤسسات الانتاجية.

١٠ ـ أنشطة فى مجال الإعلام للدعوة إلى مبادىء وأنشطة التعليم المتكامل المستمر التى يقدمها المركز.

ومن دواعى فخرى أن قامت السيدة الفاضلة/ سوزان مبارك حرم رئيس الجمهورية أثناء الزيارة الرسمية للسيد الرئيس لليابان فى مارس ١٩٩٥ بمقابلة السيدة / يوشيكو نامورا وذلك لما لها من ريادة فى حقل العمل الاجتماعى التطوعى فى اليابان قرابة الأربعين عاما، فالسيدة نامورا فى اليابان بمثابة هدى شعراوى فى مصر.

وجهة نظر:

فيما يلى بعض الملاحظات و(الانطباعات الذاتية) التى خرجت بها من الرحلة اليابانية، مستعيرة تلك التسمية من الشيخ الأزهرى «على أحمد الجرجاوى صاحب جريدة الإرشاد وكان قد زار اليابان فى عام ١٩٠٦ فقد وضع بعد عودته كتابا أسماه «الرحلة اليابانية»[1] وهأنا أواصل ما قد سبقنى إليه غيرى. وقد كتبت دراسة تتناول المقارنة بين زيارتى لليابان وزيارته تحت عنوان «الرحلة اليابانية من الجرجاوى سان إلى حجازى سان».

قد لمست بعينى رأسى ما قد قرأته فى المراجع عن الشعب اليابانى فى عدة ملامح تشكل البروفيل النفسى له، منها: (أن اليابانيين على استعداد دائم لأن يستعيروا ويستفيدوا من آراء واختراعات الشعوب الأخرى ولكنهم يظلون دائما يابانيين»[2] كانت اليابان الموقع تحفر فى القسمات السيكولوجية للسكان باعتبارهم «سكان جزر» وجاءت حقب على اليابان «كان الحكام فيها يفرضون على شعبهم حالة من العزلة بلغت حد إصدار أوامر بألا يسافر أحد من أبناء الشعب إلى الخارج بل وكانوا يحكمون بالإعدام على كل يابانى يترك الجزيرة ثم يعود إليها ثانية»[3].

«.. أقفلت اليابان أبوابها فى عام ١٦٣٦ وظلت كذلك حتى عام ١٨٥٣ عندما فتحتها ضد إرادتها فقد حدث آنذاك أن أمريكا أرسلت إلى اليابان أسطولا من السفن الحربية أقوى بكثير جدا مما لدى اليابان، واقترحت عليها بشكل مؤدب أن الأمريكان يريدون عقد معاهدات تبيح لهم التجارة مع اليابان، فإذا لم توافق على ذلك اضطرت أمريكا...»[4] فنجد فى تاريخ اليابان فترة انغلاق تكاد تصل إلى الستار الحديدى، ثم انفتاح على العالم ونقل معطيات التقدم والتكنولوجيا، ثم اكتساح العالم كله، وهكذا هى حياة الشعوب فى تغير وتحول مستمر ويقول آرثر تيدمان، «لم يتمكن الباحثون فى شئون اليابان حتى الآن من الاتفاق على رأى فيما يتصل بالطابع القومى لليابانيين. فهناك أنواع من السلوك تجدها سائدة فى الطبيعة البشرية اليابانية، فاليابانى يفضل أن يعمل كجزء من جماعة على أن يعمل كفرد، وهو يحس بشعور الإخلاص

(١) الشيخ على أحمد الجرجاوى: الرحلة اليابانية، الطبعة الأولى ١٣٢٥ هجرية مطبعة جريدة الشورى بالفجالة.
(٢) رالف لنتون: شجرة الحضارة، ترجمة د. أحمد فخرى، الجزء الثالث، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٦١، ص ٣٢١.
(٣) المرجع السابق، ص ٣٢٧.
(٤) المرجع السابق، ص ٣٣١.

والولاء للجماعة، ويميل إلى مراعاة مقاييسها ومعاييرها بدقة كبيرة. والأسرة فى اليابان عظيمة الأهمية، ونموذج تكوينها ينعكس فى الغالب على الجماعات الأخرى، ومن أهم الروادع الاجتماعية عنده الخوف من ارتكاب ما يجلب العار على الأسرة. وعند إمعان النظر فى تلك الملامح السريعة للشعب اليابانى نستطيع أن نحدد الفروق والاختلافات بين اليابان وغيرها من الشعوب والمجتمعات.»

وما أريد أن أؤكد عليه بإصرار أن ما أنجزته اليابان ليس بأى حال من الأحوال يندرج تحت تعريف المعجزة أو اللغز، بل هو أداء بشرى له قواعده ومقدماته المنطقية، ويمكن الاطلاع على التجربة والاستفادة منها، ولكن التجارب لا تنقل ولا يمكن استيرادها مثل التكنولوجيا المتطورة وإلاّ احتجنا إلى استيراد الشعب اليابانى نفسه. أما بخصوص اتخاذ التعليم المتكامل المستمر القاطرة التى تدفع بكل البنيان الاجتماعى والاقتصادى والثقافى إلى التقدم فهو أمر اتفق معه - مع التحفظ - واضعين فى الاعتبار النظرة الكلية التى تنظر إلى المنظومة التنموية التى يضمنها المجتمع ككل. وعلينا أن نبذل قصارى جهدنا من أجل تطويع تلك البرامج لواقعنا المصرى وعدم تجاهل رصيد الخبرة المصرية فى مجال التعليم والتى تضرب بجذورها إلى البرديات الأولى التى كتبها أجدادنا المصريون القدماء، فلا تزال أصداء ما ورد فى البرديات القديمة تشهد بأن الأجداد العظماء عرفوا التعليم المتكامل المستمر، ولنمعن جميعا النظر فى مقتطفات من تلك البردية «يا بنى لا تدع قلبك ييأس أمام ضعف بشريتك فتهزمك الهموم فى لحظة من لحظات العناء... الأحمق ليس له دواء فالمعرفة عنده جهالة والنفع عنده ضرر وهو لا يتعلم من الخطأ كالحافر يقع على نفس الحافر... لا تغتر بعلمك وترأف بالبسطاء من الناس ولا تزدريهم لأنك قد تعلم شيئا ولكن أين أنت من المعرفة»(١) هكذا تحدث المصريون القدماء عن التعليم المتكامل المستمر وما رسالات السماء إلا دعوة مستمرة إلى التوحيد والعلم. وأقوال رسولنا الكريم خير برهان على ذلك.

نتعلم من اليابان، نعم.. نستفيد من خبرات الآخرين.. نعم، ولكن يتم ذلك داخل بوتقة التواصل بين القديم والحديث والاستمرارية الحضارية. وكونى لم أكن أعرف، قبل سفرى إلى اليابان أن جهود العمل الاجتماعى التطوعى يمكن أن توجه من أجل النهوض بالتعليم، فهو أمر يعود إلى قلة معرفتى بتاريخ العمل الاجتماعى فى مصر، وقد حاولت أن أعالج هذا القصور بالاطلاع على تلك الزاوية - التى كانت مظلمة بالنسبة لى - ويجدر الاشارة إلى ما ذكرته الدكتورة / أمانى قنديل. «تعود نشأة أول جمعية فى مصر إلى عام ١٨٢١، حين تأسست الجمعية اليونانية بالاسكندرية.. وبعد ذلك بحوالى أربعة عقود توالى إنشاء الجمعيات الثقافية مثل جمعية «معهد مصر» للبحث فى تاريخ الحضارة المصرية (عام ١٨٥٩) وجمعية المعارف (عام ١٨٦٨)، والجمعية الجغرافية (عام ١٨٧٥). ثم توالى تأسيس الجمعيات الدينية، الاسلامية والقبطية، مثل الجمعية الخيرية الاسلامية (عام ١٨٧٨) والتى شغل عبدالله النديم فيها منصب نائب رئيس الجمعية، وانشغلت ببث الروح الوطنية بين المصريين وجمعية المساعى الخيرية القبطية (عام ١٨٨١) والتى اتجهت إلى بث روح التعاون بين المصريين ونبذ التعصب الدينى، وجمعية التوفيق القبطية (عام ١٨٩١)»(٢) ومن الجدير بالذكر ن الجامعة المصرية أنشئت عام ١٩٠٨ من خلال الجهود الذاتية التطوعية.

ثالثا: أهداف الجمعية المصرية للتعليم المتكامل المستمر

عقب عودتى من اليابان شعرت بضرورة ترجمة ما تعلمته بالمركز إلى واقع الحياة فى مصر، وكما تعلمت أن النوايا الحسنة فقط لا تكفى، بل وكما يقول رسولنا صلى الله عليه وسلم: «إنما الأعمال بالنيات وإنما لكل امرىء ما نوى»

(١) أمانى قنديل وسارة بن نفيسة: الجمعيات الأهلية فى مصر، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية بالاهرام.
(٢) اسحاق عبيد: محاضرة لاسرة بنات النيل بكلية البنات - عين شمس.

فلابد من أن يصاحب النوايا الحسنة، الأعمال والإصرار والمثابرة لتحقيق هذه النوايا. ومن الضرورى أن تكون البداية من واقع الممارسة اليومية لمشاكل التعليم ومن خلال القنوات الشرعية ومن البدايات البسيطة والمنطقية. ومن داخل مجلس الآباء بمدرسة «أبنائى وكدت من قبل أتصور خطأ، أن المشاركة فى مجالس الاباء أو إلقاء محاضرات للتوعية بالمشكلات النفسية مضيعة للوقت وشيء لا يليق بمكانة الأستاذ الجامعى. بدأت الدعوة إلى عقد حلقات نقاش لمبادىء التعليم المتكامل المستمر ووضع برنامج ثقافى يشمل العديد من المحاضرات فى الثقافة العامة والتى تحاول الربط بين ما يدرسه الطلاب فى قاعة الدرس وبين الأحداث الجارية فى المجتمع من حولهم، وقد لبى الدعوة أساتذة أفاضل منهم الأستاذ الدكتور/ يونان لبيب رزق والدكتور/ عصام حمزة، وعلى مدى عام كامل تم بلورة مجموعة من أولياء الأمور والمدرسين وإدارة المدرسة يقتنعون بدرجات متفاوتة بالفكرة وفى ١٦ يونيو ١٩٩٣ عقد الاجتماع التأسيسى الأول لإشهار الجمعية المصرية للتعليم المتكامل المستمر وكان مكوناً من ثلاثين عضوا. وذلك بحجرة مدير مدرسة عزيز أباظة التجريبية للغات بمدينة نصر، وكان تصورنا أن إحدى حجرات المدرسة سوف تكون مقرا للجمعية ولكن بعد جهود مضنية مع المسئولين بوزارة التربية والتعليم والشئون الاجتماعية تيقنا من ضرورة توفير شقة لائقة لتصبح مقرا للجمعية ومن ثمة يمكن المضى قدما فى إجراءات الإشهار.

وبتوفيق من الله وحده، تمت الموافقة على الإشهار فى ٢٦ أغسطس ١٩٩٣، والجمعية تبلغ من العمر اليوم ما يربو على العامين، وتضم سبعين عضوا عاملا غالبيتهم من الأمهات والاباء والمدرسات والمدرسين المهتمين بأمور العمل الاجتماعى التطوعى إضافة للعديد من الخبراء فى التربية وعلم النفس والفلسفة والاعلام والتاريخ ويديرها مجلس مكون من تسعة أعضاء. والجمعية تحاول جاهدة أن تضع أقداماً راسخة فى ميدان العمل الاجتماعى التطوعى غير الحكومى فى مصر. ومن الجدير بالذكر أن يعلم. مع أن الجمعية فرع من مركز نامورا بطوكيو وتحصل منه على منحة سنوية تنظمها القواعد المتبعة فى إدارة الجمعيات بوزارة الشئون الاجتماعية. غير أن شروط الاستفادة من تلك المنحة تخضع للرقابة المباشرة من إدارة مدينة نصر الاجتماعية وفقاً للوائح المنظمة. وبناء على ذلك اتخذت أنشطة الجمعية من الواقع المصرى الراهن منطلقا للعمل وعليه كانت مواجهة الأمية بكافة أشكالها هى الهدف الأول الذى تنصب فيه جهود جميع الأعضاء.

وفيما يلى عرض موجز لما تم تنفيذه من أنشطة منذ إنشاء الجمعية إلى الآن:-

١ - افتتاح فصلين مستوى أول ومستوى ثان من فصول محو الأمية ويضم كل فصل عشرين دارسا فى مراحل عمرية متفاوتة. وقد تم تخريج دفعتين بنجاح تجاوز ٨٢٪ ولاتزال الجهود مستمرة.

٢ - عقد «السمنار» الأول للتعليم المتكامل المستمر بالقاهرة وذلك بالتعاون مع فريق من أعضاء المركز بطوكيو، وذلك بفندق المريديان ١٢ و١٣ نوفمبر ١٩٩٤، وقد حضره لفيف من الخبراء والمتخصصون وطلاب الجامعات وأعضاء من الجمعيات الأهلية.

٣ - الحفل السنوى الأول للجمعية المصرية للتعليم المتكامل المستمر والذى أحياه «أوركسترا النور والأمل» تحت رعاية السيدة حرم رئيس الجمهورية فى ٣٠ نوفمبر ١٩٩٤ بالمسرح الكبير بدار الأوبرا المصرية.

٤ - عقد العديد من المحاضرات الثقافية والتى قدمها أساتذة متخصصون فى علم النفس والتربية والتاريخ.

٥ - عمل برنامج رحلات تثقيفية تحت شعار اعرف بلدك، زارت فيه الجمعية العديد من المزارات الأثرية بمصر.

٦ - البدء فى عمل مشروعات إنتاجية صغيرة تهدف إلى تدريب الأعضاء على أنشطة غير تقليدية، مثل تجهيز الخضروات الطازجة والحياكة والرسم على الزجاج.

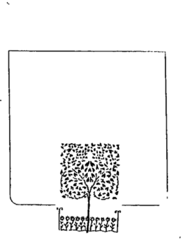
٧ - حضور الندوة الدولية الخامسة للتعليم المتكامل المستمر والتى نظمها المركز بطوكيو بالتعاون مع منظمة اليونسكو

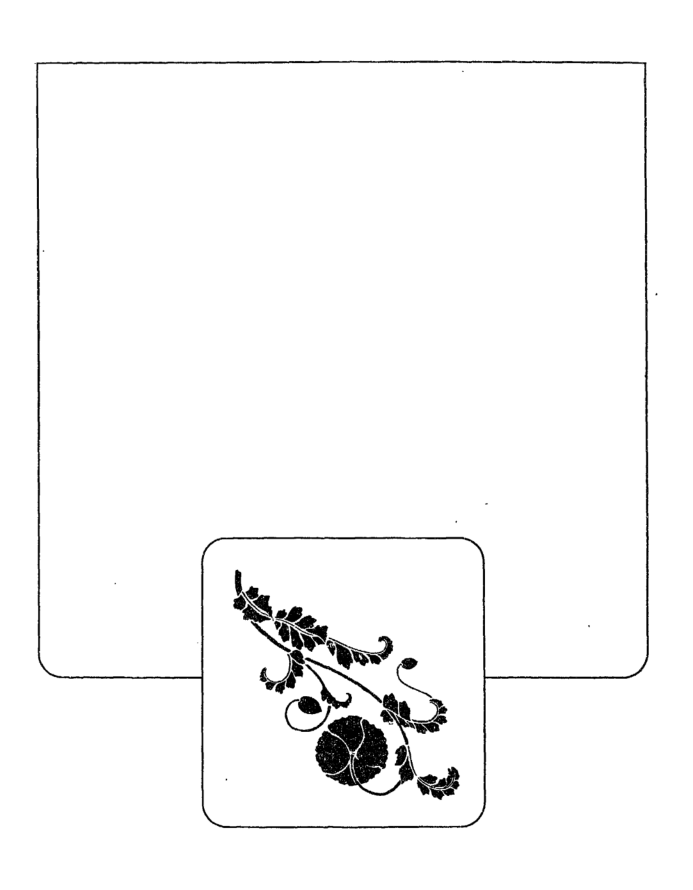
الدولية فى المقر الدائم لليونسكو بباريس فى نوفمبر ١٩٩٤.

وأخيراً أتمنى أن أكون قد وفقت فى توضيح الخطوط العريضة لأنشطة الجمعية المصرية للتعليم المتكامل المستمر، وكيف يتحول من قاعة الدرس إلى الحياة الرحبة بتناقضاتها التى على الإنسان أن يواجهها طالما يتمتع بتلك الهبة الرائعة ألا وهى «الحياة»(*).

وأطمح فى مشاركة كل من يجد فيما نقوم به شيئا يستحق المشاركة (رأيا أو فعلا)، وذلك على عنوان الجمعية: ٥٣ شارع حافظ بدوى الحى السابع مدينة نصر - ت: ٢٦٢٣٣٦٠

(*) وتبقى كلمة أخيرة، أن قيام الجمعية المصرية للتعليم المتكامل المستمر كان مجرد حلم طالما داعب خيالى أثناء سفرى إلى اليابان. وقد أنعم على الله بموهبة القدرة على الحلم والخيال القوى. وكان يكفينى كمشتغلة بعلم النفس أن أكتب دراسة أو كتابا، أو ألقى محاضرة. ولكن أن يتحول الفكر إلى واقع وحياة. هنا لابد أن أتوقف لأعلن عن أصحاب الفضل فى إنشاء هذه الجمعية واستمرارها. وفى البداية أذكر رفيق الدرب ووالد فلذات كبدى زوجى الأستاذ المهندس/ بسام محمد مخلوف ولن أشكره فهو أقرب لى من أن أشكره ولكنه الاعتراف بالجميل، أما من يعطون الحياة بهجتها وجمالها الأصدقاء وإن كنت أخصهم بالذكر دون العديد ممن لهم أياد بيضاء على الجمعية، فذلك لتعهدهم الفكرة حينما كانت جنينا ضعيفا تتهدده مخاطر الوئد إلى أن أصبحت اليوم كيانا قويا يستطيع الوقوف على قدميه. وقد عرفت معهم معنى التحاب فى الله. وهم: أستاذى الفاضل الدكتور/ رشدى فام منصور والسيدة الفاضلة الدكتورة/ عزة الألفى، والأستاذة الفاضلة/ ملك حجازى والأستاذ الفاضل/ أحمد الجمال، والدكتور الفاضل/ أحمد عبدالله، والأستاذ الفاضل/ جمال رؤوف حفظ الله، والسيدة الفاضلة/ بدرية شوقى، والسيدة الفاضلة/ سهير عباس، والسيدة الفاضلة/ ساهر مراد، والسيدة الفاضلة/ عنايات عبدالخالق، والدكتورة الفاضلة/ سهير عجلان، والسيدة الفاضلة/ عبير عبدالسميع، والسيدة الفاضلة / وفاء عفيفى، والسيدة الفاضلة/ آمال أبو عمارة، والآنسة الفاضلة/ منى عمر.





رؤى جديدة
فى الطب النفسى

. د. محمود عبد الرحمن حمودة
أستاذ الطب النفسى المساعد
كلية الطب ـ جامعة الأزهر

مقدمة

إن التخصصات الطبية التى برزت من خلال تقدم المعرفة فى مجال العلوم الطبية والذى تلاها من ظهور تخصصات أخرى سميت بالتخصصات الدقيقة، جزأت النظرة إلى الإنسان وجعلت الأطباء يتعاملون مع المريض كل فيما يخصه فقط دون وعى بالتخصص الآخر، فأصبحوا كالعميان الذين التفوا حول الفيل لوصفه فلمس كل منهم جزءا ووصفه دون رؤية لبقية الأجزاء، فبعدوا عن حقيقة مايصفون، ونسى الأطباء فى غمرة حماسهم للتفاصيل البيولوجية أنهم يتعاملون مع الإنسان، ذلك الكيان المتكامل الذى تتلاقى فيه النواحى البيولوجية مع النواحى النفسية والاجتماعية..

ولقد ظل الانبهار البيولوجى مسيطراً على عقول الأطباء بوجه عام حتى عرفوا أن هناك عوامل تتضافر لكى تُحدث المرض، وأن واحدية السبب ليست هى النظرية المثلى فى فهم الأمراض، فليس وجود ميكروب الدرن أو فيروس الانفلونزا هو العامل الحاسم فى حدوث مرض الدرن أو الانفلونزا، ولكن هناك عوامل أخرى هى مناعة الشخص المعتمدة على حالته النفسية والغذائية وظروفه المعيشية والبيئية.. لذلك كانت الحاجة إلى فهم متكامل للإنسان فى حالة المرض، هذا الفهم الذى يتناول توصيفاً متكاملاً لنواحى الإنسان الثلاث البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ولقد كان الأطباء النفسيون أول المبادرين إلى ذلك حيث قدموا التشخيص متعدد المحاور والذى يشمل:

١- الحالة الاكلينيكية المرضية (أى الاضطراب النفسى) (Clinical Psychiatric Disorder) والاضطرابات النفسية الأخرى المصاحبة.

٢- اضطراب الشخصية المصاحب أو التخلف العقلى.

٣- الاضطرابات والأمراض الجسمانية المصاحبة من عدمها.

٤- المشكلات النفسية والاجتماعية المؤثرة فى حدوث الحالة المرضية.

٥- التقييم الكلى لأداء الشخص وظيفيا واجتماعيا.

ويلاحظ أنه يعطى وصفا متكاملاً لحالة المريض البيولوجية والنفسية والاجتماعية والوظيفية بحيث يمكن وضع خطة علاجية متكاملة مع إمكانية توقع مقدار استجابته للعلاج.

ويمكننا متابعة التطور فى الطب النفسى من خلال مراجعة تاريخ تصنيفاته، فلقد عقد أول مؤتمر لوضع قائمة بأسباب الوفاة للإنسان (International List of Causes of Death) عام (١٩٠٠) فى باريس بفرنسا، ولم تتضمن هذه القائمة الأمراض العقلية، واستمر تجاهلها إلى عام (١٩٣٩) حيث كانت القائمة الخامسة (I. C. D. 5) فوضعت الأمراض العقلية والنفسية ضمن الفصل الخاص بأمراض الجهاز العصبى وأعضاء الحس المتخصصة وكان المذكور منها حينئذ أربع مجموعات فقط هى:

١- النقص العقلى (Mental Deficiency)

٢- الفصام (Schizophrenia).

٣- ذهان الهوس والاكتئاب (manic Depressive Psychosis)

٤- مجموعة تشمل كل الأمراض العقلية الأخرى.

ثم تغيرت فكرة هذه القائمة فأصبحت لاتشمل فقط أسباب الوفاة ولكن أضيف إليها الأمراض التى قد لاتؤدى إلى الوفاة، وصدرت القائمة السادسة (I. C. D. 6) عام (١٩٤٨) واشتملت لأول مرة على فصل خاص بالأمراض العقلية شاملاً أسباب المرض والوفاة، ثم ظهرت القائمة السابعة (I. C. D. 7) عام (١٩٥٥) التى لم تضف جديدا فيما يتعلق بالأمراض العقلية.

وكان قد سبقها إلى الظهور بثلاث سنوات فقط الدليل الإحصائى التشخيصى الأمريكى الأول (D. S. M. I) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) عام (١٩٥٢) دون جديد أيضاً، ولكن فى الستينيات نشط أطباء النفس على مستوى العالم بمساعدة منظمة الصحة العالمية (W. H. O) فصدرت القائمة الثامنة (I. C. D. 8) عام (١٩٦٥) متضمنة الوصف الإكلينيكى والتشخيص المفرق بين الاضطرابات والعلاج للاضطرابات العقلية، وأعقبه ظهور الدليل الإحصائى التشخيصى الأمريكى الثانى (D. S. M. II) عام (١٩٦٨)، ومن هنا بدأت اللغة المشتركة بين أطباء النفس على مستوى العالم وواكبها تطور وسائل الاتصال بين أجزاء العالم المختلفة مما حتم من ضرورة الاتفاق على لغة مشتركة فى التشخيص، كما كان التطور العلمى البيولوجى والنفسى الذى بدت نتائجه فى السبعينيات وأعطى وفرة من الدلالات الأساسية والمعلومات وفنيات مختلفة لوصف وتمييز الاضطرابات، مع ماتوفر من تكنولوجيا حديثة مثل تخطيط الدماغ الكهربى (E. E. G) والتصوير المقطعى للدماغ باستخدام الكمبيوتر (Brain. C. T) وأدوات القياس النفسى المختلفة، هذا التطور لم يتوقف عند مرحلة الوصول إلى تشخيص حيث أتى العلم بالعديد من العقاقير ذات المفعول النفسى، والتى تحقق الشفاء للعديد من الاضطرابات النفسية؛ لذلك كانت أهمية التشخيص لوصف العقار المناسب وصولاً إلى الشفاء، كل ذلك شجع الأطباء النفسيون على بذل مزيد من الجهد ظهر فى القائمة التاسعة (I. C. D. 9) عام (١٩٧٩) والتى اشتملت على إضافات وتحسينات كثيرة، منها إضافة الاضطرابات النفسية للأطفال واضطرابات النمو، ثم أعقبها ظهور الدليل التشخيصى والإحصائى الأمريكى الثالث (D.S. M. III) عام (١٩٨٠) الذى وضع دلالات تشخيصية محددة للاضطرابات النفسية المختلفة وأفرد فصلاً مستقلاً للاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة كما اتبع أسلوب التشخيص متعدد المحاور، ثم عدل فى عام (١٩٨٧) (D. S. M. III - Revised).

ثم جاءت آخر القفزات فى مجال تصنيف الطب النفسى من خلال القائمة العاشرة (I.C. D. 10) للاضطرابات العقلية والسلوكية عام (١٩٩٢) والدليل التشخيصى والإحصائى الأمريكى الرابع للاضطرابات العقلية (D. S. M. IV) عام (١٩٩٤) وسوف نعرض للرؤى الجديدة فى الطب النفسى من أحدثها وهو الأخير والذى اشتمل على المجموعات التشخيصية الآتية:

١- الاضطرابات التى تشخص لأول مرة فى مرحلة الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة: وتشمل التخلف العقلى بدرجاته المختلفة الخفيفة والمتوسطة والشديدة والجسيمة وغير محددة الشدة (أى التى لايمكن قياسها).

ويتميز التخلف العقلى بأنه نقص ذو قيمة عن الطبيعى فى مستوى الوظيفة الذكائية الذى يصاحب بقصور واضح فى الوظيفة التكيفية للطفل، وقدر ذلك النقص بمعدل ذكاء ٧٠ أو مادونها المقدرة بمقاييس الذكاء المناسبة لعمر الطفل وبيئته.

● واضطرابات التعليم سواء للقراءة أو الحساب أو الكتابة، وهى نقص أداء الفرد عن المتوقع بالنسبة لسنه وانتظامه المدرسى ومستوى ذكائه.

● واضطراب مهارة التحكم الحركى النمائى الذى يتميز بأنه خلل ملحوظ فى نمو التحكم الحركى يتداخل ويعوق الأداء المدرسى أو الأنشطة الحياتية اليومية.

● واضطرابات التواصل مع الآخرين سواء كان الاضطراب فى التعبير أو مختلط من الفهم والتعبير أو أخطاء النطق أو التهتهة.

● واضطرابات تشوه النمو سواء كان فى صورة الذاتوية أو نكوصى مشوه للنمو، وتتميز بحدوث تشوه وخلل شديد فى مناطق عديدة للنمو، تشمل مهارة الارتباط الاجتماعى ومهارة التواصل والاهتمامات والأنشطة مع إتيان سلوك متكرر غير هادف، ويكتنف ذلك الخلل الكيفى هذه النواحى بصورة شاذة وغريبة بالنسبة لمستوى نمو الشخص وعمره العقلى.

● اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (ويقصد به بنقص الانتباه الدائم لدى الطفل الذى قد يصاحب بفرط حركة واندفاعية بكثرة تشذ به عن أقرانه فى مثل مستوى نموه)، واضطرابات تشوه السلوك التى تشمل اضطراب السلوك الذى يعرف بأنه نمط ثابت ومتكرر من السلوك الذى ينتهك حقوق الآخرين أو قيم المجتمع وأخلاقياته، واضطراب العناد الذى يميزه السلبية والشذوذ وعدم الطاعة والسلوك العدوانى تجاه السلطة.

●اضطرابات التغذية والأكل فى فترة الرضاعة أو الطفولة المبكرة سواء بأكل مواد غير صالحة أو الترجيع الاجترارى أو صعوبات التغذية فى الرضاعة والطفولة المبكرة.

● واضطرابات اللوازم الحركية فى صورة اضطراب توريت أو اللازمة الحركية أو الصوتية المزمنة أو اللازمة العابرة، واللازمة عبارة عن حركة (أو صوت) غير هادف مفاجىء وسريع ومتكرر وغير إيقاعى يتم بصورة لا إرادية.

●واضطرابات الإخراج فى صورة التغوط المصاحب بإمساك أو غير المصاحب بإمساك، والتبول اللا إرادى لأسباب غير عضوية.

● واضطرابات أخرى فى فترة الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة مثل قلق الانفصال والبكم الاختيارى واضطراب الارتباط التفاعلى للرضع وصغار الأطفال واضطراب الحركة الأسلوبى الذى قد يصاحب بسلوك إيذاء النفس.

٢- اضطرابات الهذيان (Delirium) والخرف (De-mentia) والنساوة والاضطرابات المعرفية الأخرى، ويغلب على هذه الاضطرابات الخلل المعرفى أو خلل الذاكرة الواضح الذى يمثل تغيراً هاماً عن مستوى أداء الشخص السابق لوظائفه، ويشمل:

● الهذيان سواء كان لأسباب طبية عامة أو الانسمام بمادة أو سحب مادة أو كان متعدد الأسباب، ويتميز الهذيان باضطراب فى الوعى المصحوب بتغير معرفى يحدث فى فترة قصيرة من الزمن.

● الخرف سواء كان بسبب مرض الزهمير (Alzheimer) ذى البداية المبكرة أو البداية المتأخرة، أو بسبب خلل الأوعية الدموية، أو الإصابة بالإيدز أو لإصابة الرأس أو مرض باركنسون أو كوريا هنتجتون أو مرض بيك (Pick) أو لأسباب طبية عامة مثل الفشل الكلوى أو بسبب استمرار تعاطى مادة لفترة طويلة (الإدمان)، ويتميز الخرف بقصور معرفى متعدد الجوانب شاملاً خلل الذاكرة.

● اضطراب النساوة سواء كان لأسباب طبية عامة أو تعاطى مادة لفترة طويلة (الإدمان)، ويميزه أساساً النساوة (خلل الذاكرة) فى غياب خلل معرفى ذى أهمية تذكر.

٣- الاضطرابات العقلية لأسباب طبية عامة وغير المصنفة فى مكان آخر وتشمل الاضطراب الكتاتونى لأسباب عضوية عامة والتغير فى الشخصية لأسباب طبية عامة.

٤- الاضطرابات التى تعزى لتعاطى مادة وشملت الكحوليات ومانيشأ عنها من اعتماد فسيولوجى أو إسراف فى التعاطى سواء أحدث انسماماً أو أعراضاً انسحابية أو هذيان انسماميا أو هذيان إنسحابيا أو خرفاً أو نساوة أو اضطرابا ذهانيا ضلالياً أو هلوسيا أو اضطرابا وجدانيا أو قلقاً أو اضطراب الوظيفة الجنسية أو إضطراب النوم، والأمفيتامين ومايشبهه من منشطات قشرة المخ سواء بالاعتماد الفسيولوجى أو الإسراف فى التعاطى وسواء أحدث انسماما أو أعراضا إنسحابية أو هذيان انسماميا أو اضطرابا ذهانيا ضلاليا أو هلوسيا أو اضطرابا وجدانيا أو اضطراب قلق أو اضطراب الوظيفة الجنسية أو اضطراب النوم، الكافيين ومانيشأ عنه من انسمام أو قلق أو اضطراب النوم، والقنب ومايحدثه من اعتماد فسيولوجى أو إسراف فى التعاطى ومانيشأ عنه من الانسمام أو الهذيان الانسمامى أو الاضطراب الذهانى المصحوب بضلالات أو هلاوس أو اضطراب القلق، والكوكايين ومايحدثه من اعتماد فسيولوجى أو إسراف فى التعاطى ومانيشأ عنه من انسمام أو أعراض انسحابية أو هذيان انسمامى أو اضطراب ذهانى مصاحب بضلالات أو بهلاوس أو اضطراب وجدانى أو قلق أو اضطراب الوظيفة الجنسية أو اضطراب النوم، والمواد المحدثة للهلاوس (Hallucinogen) وماتحدثه من اعتماد أو إسراف فى التعاطى، ومانيشأ عن ذلك من اضطرابات الانسمام أو خلل الإدراك الثابت أو الهذيان الانسمامى أو الاضطراب الذهانى المصاحب بضلالات أو المصاحب بهلاوس، أو اضطراب الوجدان أو القلق، والمستنشقات ومايشبهها من مواد سواء أحدثت اعتماداً فسيولوجياً أو إسرافاً فى التعاطى، ومانيشأ عنها من الانسمام أو الهذيان الانسمامى أو الخرف أو اضطراب ذهانى مصاحب بضلالات أو مصاحب بهلاوس، أو اضطراب وجدانى أو قلق، والنيكوتين ومايشابهه من مواد وماتحدثه من إعتماد فسيولوجى ومانيشأ عنها من أعراض انسحابية والأفيونات ومايشبهها بما تحدثه من اعتماد فسيولوجى أو إسراف فى التعاطى، ومانيشأ عنها من انسمام أو أعراض انسحابية أو هذيان انسمامى... وعقار ال ب. س. ب (pcp) ومايشبهه، والمهدئات والمنومات ومضادات القلق ومايشبهها، والإسراف أو الاعتماد الفسيولوجى لمواد عديدة أو مواد غير معروفة وماتحدثه من اضطرابات مشابهة لما سبق ذكره.

والاعتماد الفسيولوجى يصف حالة التعاطى لمادة ما المشتملة على الإطاقة لجرعات كبيرة منها للوصول إلى التأثير المطلوب للمادة أو ضعف التأثير لنفس الجرعة منها، مع الإنسحاب: وهو تغير سلوكى غير تكيفى مصاحب بأعراض فسيولوجية ومعرفية غير محببة للشخص، تحدث عندما يقل تركيز المادة فى الدم عما اعتاده الشخص لفترة طويلة.

٥- الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى:

وقسم الفصام إلى أنواع فرعية هى:

١- النوع الاضطهادى

٢- النوع غير المنتظم.

٣- النوع الكتاتونى.

٤- النوع غير المتميز.

٥- النوع المتبقى

أما الاضطرابات الذهانية الأخرى غير الفصام فشملت الاضطراب فصامى الشكل والفصام الوجدانى والاضطراب الضلالى والتفاعل الذهانى قصير المدى والاضطراب الذهانى المستحث والاضطراب الذهانى الناشيء عن حالة جسمانية طبية عامة سواء كان مصاحباً لضلالات أو هلاوس.

ويميز الفصام بأنه خليط من الأعراض والعلامات المرضية (الموجبة أو السالبة) الموجودة والنشطة لدى المريض لفترة كافية (مدة شهر) مالم تعالج بنجاح، مع بقاء بعض علامات الاضطراب لفترة ستة أشهر على الأقل، ويصاحبها خلل وظيفى واجتماعى ملحوظ.

٦- الاضطرابات الوجدانية وتشمل الاكتئاب الجسيم (Major Depression) أو الاضطراب ثنائى القطبية ويوصف كل منهما بدرجات الشدة الآتية:

خفيف - متوسط - شديد دون أعراض ذهانية - شديد مصحوب بأعراض ذهانية (متوافقة مع الوجدان أو غير متوافقة) - فى هدأة جزئية - فى هدأة كاملة - أو غير محدد.

ثم يقسمها (أى دليل التشخيص) إلى اضطرابات الاكتئاب وتشمل: اضطراب الاكتئاب الجسيم سواء كان نوبة واحدة أو متكررة، واضطراب الديسثيميا (Dysthymia).

ثم يقسم الاضطراب ثنائى القطبية إلى:

- الاضطرابات ثنائية القطب النوع الأول (Bipdar I Disorder) سواء كان فى صورة نوبة هوس لمرة وحيدة، أو أنها نوبة هوس خفيف أو هوس أو كانت مختلطة من الهوس والاكتئاب أو أنها نوبة اكتئاب أو كانت غير محددة.

- والاضطراب ثنائى القطب النوع الثانى (Bipdar II): ويشمل الاضطراب الدورى (Cyclothymic) والاضطراب ثنائى القطب غير المحدد فى مكان آخر. وهناك اضطرابات الوجدان التى تعود لأسباب طبية عامة.

والاكتئاب الجسيم يتميز بحدوث نوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب الجسيم التى تظل لمدة أسبوعين على الأقل من الاكتئاب أو فقد الاهتمام المصاحب بأعراض اكتئابية أخرى.

والديسثيميا تتميز بالاكتئاب الذى يظل لمدة عامين فأكثر لأغلب الأيام ومصاحب بأعراض اكتئابية لاتصل إلى مواصفات الاكتئاب الجسيم.

والهوس هو حالة السرور أو المرح غير الطبيعى (أو الاستثارة المزاجية) التى تنتاب الشخص لفترة أسبوع على الأقل (أو أقل إذا عولج)، ومصاحب بأعراض ثلاثة مما يلى (تضخم الذات والشعور بالعظمة وقلة الحاجة للنوم وكثرة الكلام (الثرثرة) وتطاير الأفكار والتشتت وزيادة النشاط الهادف والانغماس الشديد فى الأنشطة المرحة).

٧- اضطرابات القلق: وتشمل اضطرابات الهلع (Panic)، والهلع المصاحب برهاب الأماكن المتسعة، ورهاب الأماكن المتسعة دون نوبات هلع، والرهاب المحدد (مثل رهاب الحيوانات والدم) والرهاب الاجتماعى، والوسواس القهرى، والانعصاب التابع لحادث، والاضطراب الانضغاطى الحاد، والقلق العام والقلق لأسباب طبية عامة.

وتتميز هذه المجموعة بأعراض القلق والسلوك التجنبى، ففى اضطراب الهلع والقلق العام يكون القلق هو العرض الشائع، أما سلوك التجنب فيوجد فى اضطراب الهلع المصاحب برهاب الأماكن المتسعة وفى اضطرابات الرهاب حيث يخبر المريض القلق عند مواجهة الموضوع (الموقف) المرهوب، وفى اضطراب الوسواس القهرى يخبر الشخص القلق إذا حاول أن يقاوم الوساوس أو الطقوس.

٨- الاضطرابات جسدية الشكل وتشمل اضطراب التجسيد والاضطراب جسدى الشكل غير المتميز واضطراب التحول واضطراب الألم سواء المرتبط بعوامل نفسية فقط أو المرتبطة بعوامل نفسية وطبية عامة، وتوهم المرض، واضطراب صورة الجسد التشوهى (Body Dysmorphic Disorder) والسمة المميزة لهذه المجموعة من الاضطرابات هى وجود أعراض جسدية تشير إلى حالة طبية عامة وتسبب كرباً ومعاناة إكلينيكية أو خلل اجتماعى أو وظيفى، وتختلف عن العوامل النفسية التى تؤثر على الحالة الطبية فى أنه لايوجد مرض طبى عام يمكن تشخيصه ليصف الأعراض الجسدية تماماً.

ولقد كان اضطراب التجسيد تاريخياً يسمى الهستيريا أو لزمة برِيكية، وهو اضطراب متعدد الأعراض المرضية التى تبدأ قبل سن الثلاثين وتستمر لعدة سنوات، وتتميز بخليط من أعراض الألم وأعراض الجهاز الهضمى والأعراض الجنسية وأعراض عصبية كاذبة .. أما اضطراب التحول فعبارة عن حدوث أعراض أو خلل لايمكن تفسيره يصيب وظيفة بالجهاز الحركى الإرادى أو الحسى مما قد يوحى بمرض عصبى أو طبى عام، ويرتبط حدوثه بعوامل نفسية مباشرة، وكان يسمى الهستيريا التحويلية.

٩- اضطراب استحداث أعراض سواء كانت أعراض نفسية فى غالبيتها أو جسدية فى غالبيتها أو خليط منهما، وتتميز بإحداث المريض لأعراض جسدية أو نفسية عن قصد للحصول على الدور المرضى.

١٠- الاضطرابات الانشقاقية وشملت النساوة الانشقاقية والشراد الانشقاقى واضطراب الهوية الانشقاقى واختلال الأنية، وهذه المجموعة تتميز بتغير فى التكامل السوى لوظائف الوعى أو الهوية أو السلوك الحركى أو الذاكرة، فإذا حدث للذاكرة وأصبح الشخص غير قادر على استدعاء معلومات شخصية هامة فهى النساوة الانشقاقية، وإذا سافر فجأة بعيدا مع نسيان هويته أو اتخاذ هوية جديدة فهو الشراد الانشقاقى، وإذا وجد للشخص أكثر من هوية أو شخصية مع عودته لسلوكه الشخصى مع عدم القدرة على تذكر بيانات هامة كثيرة لايفسرها النسيان العادى فهو اضطراب الهوية الانشقاقى وهذا الاضطراب كان يسمى تعدد الشخصية أو ما يسميه العامة انفصام الشخصية.

١١- الاضطرابات الجنسية والدور والهوية الجنسية وشملت اضطرابات الرغبة الجنسية سواء بنقص الرغبة أو الرغبة المعكوسة، واضطرابات الإثارة الجنسية للأنثى أو الذكر، واضطرابات الذروة الجنسية لدى كل من الذكر والأنثى وسرعة القذف، اضطرابات الألم الجنسية سواء كان ألم مابعد الجماع وليس راجعاً لحالة طبية عامة لدى الشخص، أو التقلص المهبلى، واختلال الوظيفة الجنسية الذى يعود إلى حالة مرضية عامة لدى الشخص لكل من الذكر والأنثى، وشملت الشذوذات الجنسية كل من الاستعرائية والتوثينية والتحككية ومضاجعة الأطفال والمازوخية الجنسية والسادية الجنسية والتبصص، وشملت اضطرابات هوية الدور الجنسى اضطرابها فى الطفولة والمراهقة والرشد أو غير المحدد فى مكان آخر.

١٢- إضطرابات الأكل: وشملت القهم العصابى (فقدان الشهية العصابى) (Anorexia nervosa) والشره العصابى (Bulimia nervosa) واضطرابات الأكل غير المحددة فى مكان آخر، وفى القهم العصابى يرفض الشخص أن يحافظ على أدنى وزن طبيعى لجسمه حيث يخاف بشدة من زيادة الوزن، أما الشره العصابى فهو نوبات متكررة من النهم والتهام كميات كبيرة من الطعام.

١٣- اضطرابات النوم: وشملت إضطرابات النوم الأولية (Dyssomnias) وهى الأرق الأولى وكثرة النوم الأولية (غير معروفة السبب) والنوم الانتيابى

واضطراب التنفس المرتبط بالنوم واختلال دورة (إيقاع) النوم، ومخلات النوم (Parasomnias) وهى الكوابيس والفزعات أثناء النوم والمشى أثناء النوم، واضطرابات نوم تعزى إلى حالات عقلية أخرى سواء كان أرقاً أو كثرة نوم، وهناك اضطرابات للنوم تنتج عن حالات طبية عامة لدى الشخص سواء كان أرقا أو فرط نوم أو مخلات النوم أو خليط من كل ذلك.

١٤- اضطرابات ضبط النزعة غير المصنفة فى مكان آخر وشملت الاضطراب الانفجارى المتقطع وهوس السرقة وهوس اشعال الحرائق والمقامرة المرضية ،وخلع الشعر.

١٥- اضطرابات التأقلم (Adjustment Disorders) وشملت اضطراب التأقلم المصاحب بمزاج مكتئب أو المصاحب بقلق أو المصاحب بمزاج مختلط منهما، أو المصاحب باضطراب السلوك أو المصاحب بخليط من الانفعالات واضطراب السلوك، وهذ المجموعة من الاضطرابات تحدث

كاستجابة لضاغط معين أو ضغوط خلال ثلاثة أشهر من حدوث الظروف الضاغطة.

١٦- اضطرابات الشخصية وشملت اضطراب الشخصية البارانوية والشبه فصامية وفصامية النوع والمضادة للمجتمع والشخصية الحدية، والشبه هستيرية والنرجسية والتجنبية والاعتمادية والوسواسية وغير المحددة.

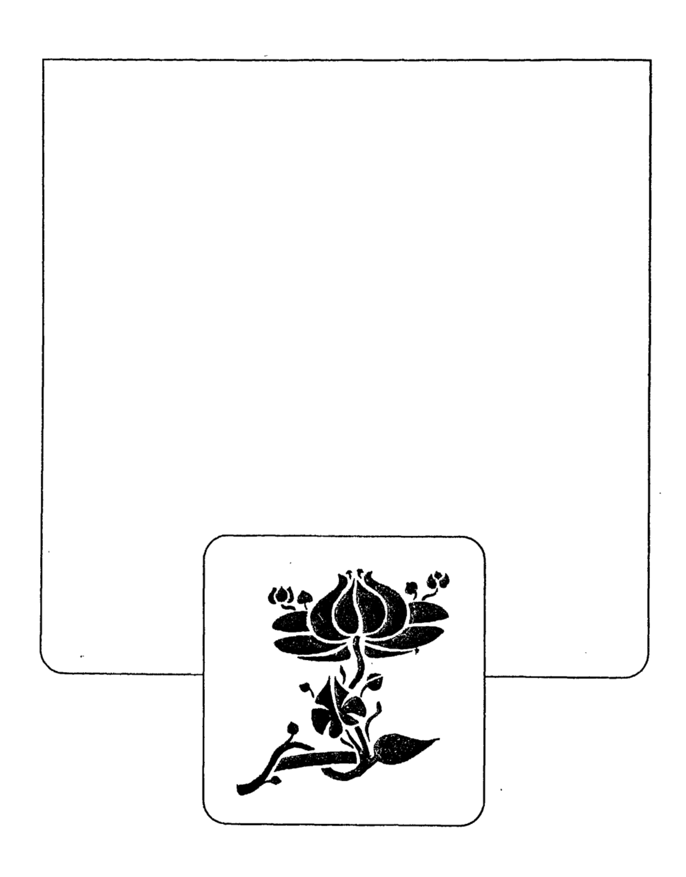
واضطراب الشخصية هو نمط من الخبرة الداخلية والسلوك الذى يشذ بوضوح عن التوقعات المرتقبة فى ثقافة الشخص ويكون عميقاً وغير مرن، وبدايته فى المراهقة أو بداية الرشد مع صفة الثبات بمرور الزمن ويؤدى إلى معاناة أو خلل فى التكيف.

١٧- حالات أخرى قد تمثل للاهتمام الإكلينيكى وشملت العوامل النفسية التى تؤثر على الحالة الطبية الجسدية، وهى اضطراب عقلى يؤثر على الحالة الصحية أو أعراض نفسية تؤثر على الحالة الصحية أو سمات شخصية تؤثر فى الحالة الصحية أو سلوك يسىء إلى الصحة يؤثر على الحالة الطبية، أو الاستجابة الفسيولوجية التى تعزى إلى كرب وتؤثر على الحالة الطبية، واضطرابات حركية ناتجة عن بعض العقاقير مثل الباركنسون (الشلل الرعاش) واضطراب الحركة الآجل (Tardive Dyskinesia) والزلز (Akathesia) وخلل توتر العضلات (Dystonia) الناتج من مضادات الذهان والرعشة الناتجة من دواء، أو مشكلات ترتبط بالحالة النفسية أو الصحية بصفة عامة، أو مشكلات بين الآباء والأبناء، أو مشكلات بين الأزواج، أو مشكلات بين الإخوة، كما صنف فى هذا الجزء المشكلات التى ترتبط بالإيذاء النفسى والبدنى أو الإهمال سواء كان إيذاءً بدنياً للطفل، أو انتهاكا جنسيا له، أو إهماله، وكذلك الإيذاء البدنى أو الإيذاء الجنسى للبالغ.

وهناك حالات إضافية تأتى إلى دائرة اهتمام الطبيب النفسى إكلينيكياً مثل رفض المريض تعاطى العلاج وإدعاء المرض والسلوك الإجرامى لبالغ أو طفل أو مراهق، أو ضعيفى الذكاء ونقص النشاط المعرفى المرتبط بكبر السن، والفقد لعزيز، ومشاكل التحصيل الدراسى، ومشاكل الأداء الوظيفى، ومشاكل الهوية، وبعض المشاكل الدينية أو الروحية، ومشاكل الصدمات الثقافية، والمشاكل التى ترتبط بمرحلة حياتية معينة.

ونلاحظ أن تقسيم الأمراض النفسية إلى عصاب (Neuro-sis) وذهان (Psychosis) لم يعد يستخدم، بل أصبحت الاضطرابات ترتب فى مجموعات طبقاً للسمة العامة الغالبة أو الوصف الإكلينيكى.. كما أن تسميات أخرى لم تعد تستخدم مثل الاكتئاب التفاعلى أو العصابى أو الداخلى، ولكن يوجد مايفيد معناها من أنواع مختلفة وشدة متفاوتة، وكذلك مصطلح السيكوسوماتيك(Psychosomatic) تم استبعاده لاختلاف فهم معناه فى اللغات المختلفة ولأنه قد يفهم منه أن العوامل النفسية لاتلعب دورا فى حدوث أمراض أخرى، كما أفرد باب وتشخيصات خاصة بالطفولة والمراهقة بعد أن كان يعامل الطفل على أنه مصغر البالغ.

كانت هذه هى الرؤى الجديدة فى المجال التشخيصى الطب نفسى مقارنة بما كان خلال العقود الماضية، أما الرؤى الجديدة فى مجال العلاج بالطب النفسى فهذا موضوع آخر.



ذاكرتا التعرف السمعى والاستدعاء البصرى المكانى لدى العصابيين والفصاميين السعوديين

د. محمد نجيب أحمد الصبوة
أستاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب - جامعة القاهرة
كلية الآداب - جامعة الكويت

مقدمة

تعد اضطرابات الذاكرة، بكل أنواعها، من بين أكثر الاضطرابات المعرفية رسوخا وثباتا لدى مرضى الفصام، كما أنها تعد من أكثر النتائج تكراراً فى الدراسات المرضية العيادية (الكلينيكية) . ولذلك، فإن هذه النتائج قد ذاع صيتها فى العقدين الأخيرين على ضوء الأدلة التشريحية والعصبية التصورية المرضية الحديثة التى تم استقراؤها من الأعطاب والآفات المخية التى تصيب بعض الأبنية الوسطى للفصين الصدغيين Medial Temporal lobe، وهى المنطقة التى يعرف عنها أنها تؤدى دورا أساسيا فى مساعدة وظيفة التذكر وتيسيرها (Gold, j. M. & Harvey, P. D., 1993., P. 295) ولكن إحقاقا للحق (أو للإنصاف)، لازالت هناك أدلة علمية تتصل بمسألة الإضطرابات البنائية Structural والوظيفية Functional التى تحدث فى مناطق أخرى فى الذاكرة، من قبيل منطقة اللحاء الجبهى والمخ المتوسط (الجزء الخلفى من الفصين الجبهيين) Diencephalon، تفترض أن هذه الوظيفة المعرفية قابلة للعطب والتأثر باحتمالية أكثر إذا ما أصيب الأفراد العاديين بمرض الفصام (Hyde, T.M., and et al, 1991, P. 7).

ولقد تبين وجود إضطرابات لدى المرضى الفصاميين فى تسجيل وإكتساب المعلومات اللفظية (مثل قوائم الكلمات، والقصص) والبصرية (مثل تصميمات الأشكال)، وحدث ذلك لدى مدى واسع إلى حد كبير من عينات هؤلاء المرضى (Saykin, A.J., and et al., 1991) وكــذلك (Cutting, j., 1979, p. 1031) ومعنى التسوية بين إضطرابات الذاكرة اللفظية والبصرية والجمع بينهما فى سلة واحدة، أن ثمة خللا وظيفيا يصيب كلا شقى الدماغ Brain، وذلك يخالف ما شاع علميا فى السابق من أن كل شق فى الدماغ يقوم بوظيفة يغلب عليها أنها تختلف عما يقوم به الشق الآخر، فالشق الأيمن

يغلب عليه النشاط البصرى المكانى، بينما الأيسر يغلب عليه النشاط اللفظى اللغوى.

ويبدو أن كثيرا من المرضى النفسيين بصفة عامة يعانون من إضطرابات حادة ومتلاحقة فى الذاكرة. ففى تقرير حديث نشره «ماكينا وزملاؤه»، أشاروا إلى أن ٥٠ من ٦٠ مريضا يعانون من إضطراب بسيط فى الذاكرة، وأن ما يقرب من ٥٠٪ من المرضى العصابيين حصلوا على درجات تشير إلى درجة متوسطة من الإضطراب وذلك بعد أدائهم على بطارية لفرز جميع جوانب الإضطراب فى الذاكرة (Mckenna P.J., and et al., 1990, P. 967). كما انتهى حديثا باحث آخر (Gold, J.M., 1992, P. 367) إلى أن ٧٠٪ من مرضى الفصام حصلوا على درجات منخفضة نسبيا على اختبار وكسلر للذاكرة (الصيغة المعدلة) بالمقارنة إلى درجاتهم على إختبار وكسلر لذكاء الراشدين المعدل، مما يجعلنا نفترض بقدر من الثقة أن هناك تباينا شديدا فى حجم إضطراب الذاكرة لدى الغالبية العظمى من المرضى العصابيين أو أمراض القلق أو فئات المرضى الفصاميين، ويشتد هذا التباين ويزداد وضوحا داخل فئات المرضى الفصاميين بصفة خاصة. فقد تبين فى إحدى الدراسات أن ما يقرب من ثلث عينة الفصاميين قد كشفت عن تفاوتات فى الذاكرة عن الذكاء العام تقترب من خمس عشرة نقطة، وهذه الدرجة من حدة الإضطراب قد تبين وجودها لدى مرضى عقليين ذوى أساس عضوى أيضا. فقد وجد «جولد بيرج وآخرين»(Goldberg, T.E., etal 1990, p. 1066) أن مرضى الفصام من التوائم المتطابقة Mono-zygotic twin pairs، بالمقارنة إلى أقرانهم من أسوياء التوائم المتطابقة، تنخفض درجاتهم على اختبار وكسلر للذاكرة بمقدار ثلاث وعشرين درجة. ومن ثم يمكن أن ننتهى من كل ما سبق إلى أن ثمة أدلة علمية شديدة الإتساق تشير إلى وجود إضطراب حقيقى فى الذاكرة لدى مرضى القلق أو العصاب أو المرضى الفصاميين، بالمقارنة إلى عيناتهم الضابطة من أسوياء التوائم المتطابقة، أو الأشخاص العاديين، أو حتى بالمقارنة إلى مستوى ذكاء المرضى أنفسهم أثناء معاناتهم من المرض، وأن حدة هذا الإضطراب تختلف من فئة مرضية إلى أخرى، وأن المرضى العقليين ذوى الاصابات العضوية فى المخ أشد معاناة من إضطرابات الذاكرة بالمقارنة إلى المرضى الفصاميين أو العصابيين أو أصحاب أمراض القلق، كما يشير إليهم الدليل الإحصائى والتشخيصى الثالث المعدل الصادر عن جمعية الطب النفسى الأمريكية (A P A).

هذا عن موقف الدراسات الحديثة فى موضوع إضطرابات الذاكرة، وهو موقف معقول جدا بالمقارنة إلى موقف الدراسات القديمة نسبيا، والتى أجريت فى الموضوع ذاته، فقد أرجعت هذه الدراسات الضعف الشديد الذى يعانى منه المرضى الفصاميين عند أدائهم على إختبارات الذاكرة، إلى أعطاب وإضطرابات فى عمليات الترميز والتسجيل Encoding والإسترجاع Retrieval. كما أنها إهتمت بدراسة المرضى العقليين، كمرضى الفصام، والهوس، والاكتئاب، ومرضى الإصابات والآفات المخية، دون إبداء الإهتمام ذاته بدراسة الذاكرة، بكل أنواعها لدى العصابيين وذوى أمراض القلق بصفة عامة رغم أن هذه الفئة الأخيرة قد بلغت عشرة فئات وفقا لدليل التشخيص الأمريكى الثالث المعدل السابق الإشارة إليه. هذا وقد صدرت مراجعات علمية كاملة لإضطرابات الذاكرة بكل أنواعها لدى الفصاميين انظر مثلا (Gold, J.M., and Harvey, P.D., 1993, pp. 295 - 312)، ولم يحدث مثل ذلك لدى المرضى النفسيين بصفة عامة والمرضى العصابيين بصفة خاصة، وهذه ثغرة ينبغى سدها ولو جزئيا، وهذا ما ستحاول هذه الدراسة النهوض به.

أضف إلى ما سبق أن هذه الأفكار التى وردت ضمن هذه الدراسات القديمة نسبيا قد تم التوصل إليها من أداء ذاكرة التعرف Recognition Memory «المحفوظة» Preserved نسبيا بالمقارنة إلى أنواع الذاكرة الأخرى (Calev, A., 1984,: 172) ومن قدرة المرضى الفصاميين على الإستفادة من معالجات مختلفة لقدرة الترميز التى تضمن لنا أن المعلومات التى تم تذكرها فعلا هى المعلومات التى عولجت فى أعماق الذاكرة (انظر ما ذكره كل من: .,Harvey, P.D (Earle - Boyer E, Wielgus, M., et al 1986. وكذلك افترضت معظم الدراسات الحديثة أن الإضطرابات التى يعانى منها المرضى الفصاميين شديدة الاتساع والتنوع، وأن عمليات الترميز، الإسترجاع، والتعرف ضعيفة إلى حد ما، (وبصفة خاصة لدى، المرضى الفصاميين المزمنين) .,Gold, J.M (Randolph, C., Carpenter, C.J., et al., 1992.

وكانت هناك محاولات لرد الفشل فى التذكر إلى اضطرابات الانتباه التى يعانى منها معظم المرضى

الفصاميين. وكانت التفسيرات فى هذا النوع من الدراسات شديدة الخصوبة. ففى العينة التى تناولها «جولد وزملاؤه» (Gold et al., 1992) بالدراسة، وقارنوا فيها بين أداء المرضى الفصاميين ذوى التفاوت الشديد بين نسب ذكائهم ودرجات التذكر على اختبار وكسلر للذاكرة، والمرضى الفصاميين الأقل نسبيا فى اضطرابات الذاكرة، تبين لهم أن أداء كلتا المجموعتين الفرعيتين على اختبارات الانتباه كانت متكافئة تماما فى حين أن التفاوت بينهما فى اضطرابات الذاكرة كان شديدا للغاية (راجع هذه الدراسة لمزيد من التفاصيل، وبصفة خاصة الشكل (١) الوارد فيها والذى يصور هذه النتيجة). هذا بالإضافة إلى وجود دليل علمى يشير إلى أن أنماطا معينة من الأداء على اختبارات الذاكرة، مثل الاستدعاء الحر، قد تتطلب عناصر معرفية بالمقارنة إلى أنماط أخرى من الأداء على اختبارات الذاكرة التى قد لا تتطلب القدر نفسه من هذه المتطلبات المعرفية مثل اعادة تكرار الأرقام أو الحروف والأسماء أو أحداثا محددة (للأمام أو بالعكس) مرة أخرى، مما يعرف بمهام الذاكرة الآلية نسبيا (Hasher, L. & Zacks, R. t, 1979) Relatively "Outomatic ومن ثم، فلو كان اضطراب الذاكرة لدى الفصاميين سببه ضعف الانتباه وسوء التركيز، لكان هؤلاء المرضى قد أظهرو مستويات من الاضطراب تختلف باختلاف ما تتطلبه الاختبارات من شدة فى تركيز الانتباه. كما أن هناك دليلا آخر، يشير إلى أن الذاكرة التى يتطلب الأداء على اختباراتها، سواء أكانت متطلبات معرفية أم تركيز الانتباه أم مجرد تكرار آلى مباشر للأحداث، تضطرب بدرجة ملحوظة لدى المرضى الفصاميين.

نستنتج مما سبق أن كل الاضطرابات التى تم ملاحظتها عبر كل مداخل دراسة الذاكرة ونماذجها المختلفة، بما فيها تلك الدراسات التى حاولت تفسير اضطرابات التذكر عن طريق ضعف وظيفة الانتباه، تفترض أن كلا من اضطرابات الانتباه والذاكرة يعانى منهما المرضى الفصاميين بشكل يحتم علينا دراسة كل منهما مستقلا عن الآخر والبحث عن أسباب الاضطراب فى كل منهما على حدة، وهذا هو السبب الذى دفعنا لدراسة شكلين من أشكال فشل التذكر، ليس فحسب لدى المرضى الفصاميين، بل لدى المرضى العصابيين وأمراض القلق كذلك، ومن ثم تبلور هدف الدراسة الحالية فى المقارنة بين هاتين الفئتين فى مدى معاناتهم من الفشل فى كل من التعرف السمعى على الكلمات (ذاكرة آلية نسبيا) واستدعاء الأشكال البصرية المكانية استدعاء مباشرا (ذاكرة تتطلب جهدا عقليا ومتطلبات معرفية)، بالإضافة إلى المقارنة بين أداء الفصاميين والعصابيين، كل مجموعة منهما على حدة، وأداء مجموعة ضابطة من الأشخاص العاديين على نفس الاختبارات.

الدراسات السابقة:

فى هذا السياق قام مجموعة من الباحثين: (Gold, J. M., Randolph, C Carpenter, C. J., Goldberg,, t. E., and Weinberg, D. R. 1992, 487 - 494) بالمقارنة بين نشاط التذكر الماهر والتذكر الآلى automatic لدى ٣٦ مريضا فصاميا فى مقابل ١٨ راشدا عاديا يمثلون مجموعة ضابطة. وكانت أهم أشكال التذكر التى استهدفوها بالدراسة، الاستدعاء الحر Free rescall والتعرف Recognition وتقدير التكرار Frequency estimation. وأشارت النتائج إلى أن المرضى الفصاميين قد أظهروا ضعفا حادا فى الاستدعاء، والترميز الدلالى، ودرجة أقل من الضعف فى التذكر عن طريق التعرف، والذاكرة الآلية التى تقوم على تقدير التكرار دون بذل أى جهد فى إعادة بناء مادة التذكر قبل تكرارها أو استدعائها. وتبين كذلك أن هذه الدرجات المتباينة من العجز فى التذكر قد ظهرت لدى هؤلاء المرضى رغم اختلاف المهام والأداءات التى تتطلب تفاوتا فى درجة الانتباه والتركيز المطلوبة. هذا، وتفترض النتائج وجود قدر كبير من التشابه الأساسى فى عملية التذكر رغم اختلاف مضامين المهام المطلوب تذكرها، مما يشير إلى شدة التكامل بين شقى الدماغ لإنجاز هذه المهام، مما يتسق والتصور الحديث للاضطرابات البنيوية Structural والفسيولوجية فى الفصين الجبهى والصدغى لدى المرضى الفصاميين.

أما دراسة «إم باميلا وزملائها» (Pamela S. Imm; Kim Y. F.; Ronald, w. B.; and Finch J. R., 1991, 440-443. فقد أمدتنا ببيانات معيارية لعينة قوامها ٢٧٠ من الأطفال والمراهقين الذى يعانون من بعض الأمراض النفسية، كأمراض العصابيين أو القلق، ومرضى الاكتئاب الاستجابى والهستيريا، ويقيمون فى العيادات الداخلية. وتم توفير هذه

البيانات عن طريق استخدام الباحثين اختبار بندر جشتالت ـ جزء الاستدعاء الحر كأسلوب لقياس الذاكرة البصرية قصيرة المدى. كما أمدتنا هذه الدراسة ببيانات معيارية لأسلوب آخر يعتمد على الاستدعاء الحر الفورى باستخدام اختبار رموز الأرقام Digit symbols أو اختبار الترميز coding subtest، كما يسميه الباحثون بهذا الاسم، وكما هو معروف أنه اختبار فرعى من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين والمراهقين المعدل، لقياس الذاكرة اللفظية المباشرة.

وأشارت البيانات إلى أن الأطفال أقل قدرة على الاستدعاء، البصرى أو اللفظى من المراهقين، وأن أداء مرضى القلق كان أفضل جوهريا من كل من مرضى الاكتئاب الاستجابى ومرضى الهستيريا فى كلا النوعين من التذكر البصرى أو اللفظى. كما تفترض البيانات المعيارية التى انتهت إليها هذه الدراسة أن الأطفال، بصفة عامة وبغض النظر عن نوع المرض، يستطيعون استدعاء أربعة تصميمات من اختبار بندر جشتالت جزء الاستدعاء بانحراف معيارى واحد بالزيادة أو النقصان. فى حين أن الذين يقعون بين سن ١٢ ـ ١٤، استطاعوا استدعاء خمسة تصميمات بانحراف معيارى واحد (٥ + ١). أما المراهقون الذين يقعون بين سن ١٤ ـ ١٦ عاما، فاستطاعوا استدعاء ستة تصميمات (٦ +١) بانحراف معيارى واحد. وتبين كذلك أن المرتفعين فى الذكاء كانوا أقدر على الاستدعاء جوهريا من المنخفضين فيه، سواء أكانوا من الأطفال أم من المراهقين، كما تبين أن القدرة على استدعاء رموز الأرقام تتزايد مع تزايد العمر وزيادة الذكاء لدى فئتى الدراسة، ولكن كان استدعاء رموز الأرقام أشد صعوبة جوهريا بالمقارنة إلى استدعاء تصميمات أشكال اختبار البندر جشتالت، وأرجع الباحثون ذلك إلى طبيعة العمليات العقلية المطلوبة للأداء على كل اختبار منهما على حدة. ومن حسن الحظ أن هذه الدراسة قد اشتملت على كل من الذكور (ن = ١٦٢) والإناث (ن = ١٠٨)، ومن ثم يكون الاجمالى العام (ن = ٢٧٠).

وحاولت دراسة «جاس وزملائه (Gass C. S.; Burda P. C., Starkey T. W,; and Domengues, F., 1992, P. 493) التنبؤ من درجات بعض فئات المرض النفسى (أمراض القلق الحاد والمخاوف والاكتئاب الاستجابى، وكانت ن = ٥٧ ذكرا بالإضافة إلى اثنين من الاناث)، والمرض العقلى (نمط فصامى غير مميز حيث ن = ٢٢، والنمط الهذائى حيث ن = ١٧، والفصام الوجدانى حيث ن = ٢٠) على بعض الاختبارات الفرعية التى تكشف عن الاضطرابات الوجدانية من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI)... امكانية التنبؤ منها بوجود اضطرابات معرفية فى التركيز والانتباه، والشكوى من النسيان وضعف الذاكرة. وتم حساب العلاقات الارتباطية بين هذه الإختبارات وبعضها البعض، كل إثنين منهما على حدة، لدى كل فئة من الفئات المرضية النفسية والعقلية. وأشارت النتائج إلى عدم وجود أى إرتباط بين مقاييس الشخصية (وهى مقاييس الإكتئاب والفصام، وإختبار الضعف العقلى، وإختبار عجز الأنا عن السيادة والسيطرة، وإختبار الذهانية، وإختبار الأعراض العضوية) وبين الاختبارات المعرفية (وهى إختبارات إعادة الأرقام، والذاكرة المنطقية والشكلية لوكسلر، وإعادة الإنتاج، والذاكرة اللفظية)، مما يشير إلى أنه من الصعب التنبؤ من بعض الإختبارات الفرعية لبطارية مينسوتا المتعددة الأوجه فى الشخصية، بمدى المعاناة من القصور المعرفى أو تدهور بعض القدرات المعرفية كالتركيز والإنتباه والتذكر البصرى أو الشكلى أو اللفظى.

أما دراسة «إيتان وزملاؤه» (Eitan, N., Levin, Y.; Ben-Artzi, E.; Levy, A.; and Neumann, M., 1992, 74-76) فقد تناولت مدى تأثير الجرعات التراكمية من مضادات المرض العقلى من الأدوية على الأنواع المختلفة للذاكرة لدى المرضى الفصاميين (ن = ٢٥ ذكور فى مقابل ن = ٢٥ إناث) تتراوح أعمارهم بين ١٩ سنة و ٤٦ سنة، المقيمين بالعنابر الداخلية لفترات طويلة نسبيا. وتم تشخيصهم جميعا باستخدام دليل التشخيص النفسى والإحصائى الأمريكى. وتم التأكد من خلوهم من الإضطرابات العصبية، أو الشكوى من الأمراض الجسمية، وعدم تعاطى المخدرات (اللهم إلا التدخين)، وعدم وجود أى خلل فى الكليتين أو وظائف الكبد. وكانت الأدوية المضادة للإضطرابات العقلية تقدم لهم فى جرعات تراكمية بحيث كان يتم إختبار الذاكرة بكل أنواعها (بصرية ـ لفظية ـ تعرف ـ ذاكرة الأحداث الشخصية) بعد مرور تسعين دقيقة من تناول الدواء النفسى.

أظهرت النتائج أن أدوية الكلوربرومازين Chlorpromazine والثيوريدازين Thioridazine تضعف الذاكرة اللفظية قصيرة المدى بعد مرور ست ساعات من العلاج التراكمى المتتابع.

بينما كان دواء الترايفلوبيرازين Triflouperazine والهالوبريدول Halopridol يضعف الذاكرة اللفظية قصيرة المدى من المرة الثالثة وحتى الخامسة. ولكن لم تضعف أى من الذاكرة المباشرة أو طويلة المدى أو الذاكرة البصرية قصيرة المدى بسبب التداوى بأى دواء من هذه الأدوية الأربعة (كلوروبرومازين ١٠٠ ملليجرام X ٤ مرات يوميا، ترايوريدازين Trioridazine ١٠٠ ملليجرام X ٤ مرات يوميا، ترايفلوازين ٥ ملليجرام X ٤ مرات يوميا، وهالوبريدول ٢ ملليجرام X ٤ مرات يوميا) وكان الدواء الوهى فى هذه الدراسة عبارة عن بيكربونات الصوديوم.

وفى دراسة قام بها كل من «ديفيد كروكت وزملاؤه» (Crockett, David, J.; Hurwitz, T.; and Vernon W.R.; 1990, p. Neuropsychological 45-57 لدى تسعين مريضا نفسيا (أمراض عصابية) لا يعانون من أى إضطراب عضوى فى مقابل ستين مريضا عقليا ذوى خلل عضوى فى مقدمة المخ، وأربعة وخمسين مريضا عقليا ذوى عطب عضوى فى مؤخرة المخ، مع التحكم فى المتغيرات الديموجرافية حتى لا تتدخل فى الأداء. وقام الباحثون بتحليل الدرجات المعدلة احصائيا لأداء أفراد هذه الفئات التشخيصية الثلاث على اختبارات بنتون البصرية المباشرة واختبار وكسلر لذكاء الراشدين المعدل (WAIS-R) واختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات.

أشارت النتائج إلى أن أداء المرضى العصابيين (ممثلة فى أمراض القلق) كان أكفأ جوهريا من مرضى الأمراض العقلية سواء أكانوا ذوى خلل عضوى فى مقدمة المخ أم كانوا ذوى خلل عضوى فى مؤخرته، وكان تحليل الدرجات الخام غير المعدلة أكفأ فى الكشف عن دلالة الفروق بين المجموعات الثلاث فى الأداء بالمقاونة إلى تحليل الدرجات المعدلة. وكان أداء المرضى العقليين بصفة عامة ينم عن خلل شديد فى الأداء على اختبارات التذكر. كما أن بعض الاختبارات (مثل اختبار السرعة، واختبار سرعة الأداء الحركى النفسى - التوصيل بين الدوائر، ومرونة اليد والأصابع، والطلاقة اللفظية) قد كشفت عن فروق جوهرية بين المرضى العصابيين وبين كل من المرضى العقليين ذوى الخلل العضوى فى مقدمة المخ وكذلك ذوى الخلل العضوى الكائن بمؤخرة المخ فى اتجاه ان المجموعتين الأخريين كان أداؤهما أسوأ بالمقارنة إلى مجموعة أمراض القلق.

أما دراسة «ستيك وزملائه (Steck, p.; Bees, U.,; and Frey; Angelika; 1990 38-49) فكان هدفها تحسين ثبات الثلاثين بندا التى يشملها اختبار آرثر بنتون للذاكرة البصرية - الصيغة الألمانية (BVRT) الصادر عام ١٩٨١، عن طريق جمعها. وتحقيقا لهذا الهدف طبق الباحثون الاختبار كله على مجموعتين من المفحوصين؛ إحدهما من الأسوياء العاديين والأخرى مرضى نفسيين ليسوا ذوى اصابات عضوية بالمخ، تراوحت أعمار أفرادها بين سن ١٥ عاما و ٧٨ عاما. وكانت كل مجموعة تضم عددا من الذكور مساو لعدد الاناث. وبلغ مجموع أفراد كلتا المجموعتين ٤٣٢ فردا بواقع ٢١٦ فردا لكل مجموعة على حدة. وتم تطبيق الاختبار بصيغة الثلاثة (C D, E) على كل مفحوص فى جلسة واحدة، حيث كان يقوم برسم كل بطاقة من البطاقات الثلاثين من الذاكرة بعد عرضها عليه لمدة عشر ثوان. وقام الباحثون بتحليل البيانات لأهداف عديدة، منها المقارنة بين ثبات الصيغ الثلاثة (C, D, E) وبعضها البعض، وحساب الارتباطات بين الدرجة الصحيحة أو الخاطئة على كل بند على حدة، ومجموع درجاته الصحيحة ثم الخاطئة فى كل صيغة على حدة، ثم على مجموع الصيغ الثلاثة معا (٣٠ بندا)، والمقارنة العمرية، وأخيرا المقارنة على أساس الذكاء فى كل مرحلة عمرية بين المرضى والعاديين من الأسوياء.

أشارت النتائج إلى أن ثبات البنود الثلاثين كان أعلى جوهريا من ثبات البنود العشر لكل صيغة على حدة، وكانت الصيغة الثالثة أصعب فى الاحتفاظ ببنودها نسبيا من الصيغتين الأولى والثانية بالمقارنة إلى الصيغة الأولى. كما أشارت النتائج إلى أن الأسوياء فى كل مرحلة عمرية كانوا أكفأ جوهريا من المرضى النفسيين سواء أكانوا ذكور أم أناثا. كما أن الأعمار الوسطى سواء أكانوا أسوياء أم مرضى، كانت أكفأ فى التذكر البصرى من كل من الأعمار الصغرى أو الكبرى. وكشفت الدراسة عن وقوع المرضى النفسيين فى مزيد من أخطاء التذكر البصرى بالمقارنة إلى الأسوياء،ولكنها نبهت إلى عدم أعتبار الوقوع فى الأخطاء سببه الأساسى هو الاصابات العضوية بالمخ، بل إن الاحتمال الأرجح أن يكون سبب الوقوع فى الأخطاء هو حالة التشتيت التى يعانى منها هؤلاء المرضى، ولكى نجزم إصابة عضوية لابد من تحرى الصدق التشخيصى لهذا الاختبار عن طريق فحص المرضى

ذاتهم بأحد أجهزة الفحص العصبى كرسام الدماغ الكهربى أو جهاز الرنين المغناطيسى، أو أى أداة أو اختبار آخر أكثر صدقا ويؤخذ كمحك خارجى.

واستهدفت دراسة «جيمس موسيس» (Moses. j. A., 1989 30-37) الكشف عن الأبنية العاملية للصيغ الثلاثة فى اختبار آرثر بنتون السابق ذكره ومدى تمايزها عن البنية العاملية لاختبار «راى Rey» المعروف باسم اختبار التعلم اللفظى السمعى»

باعتبار أن الاكتساب والتعلم أحد دلائل التذكر. وتحقيقا لهذا الهدف طبق الباحث ثلاثة اختبارات هى: الصيغ الثلاثة لاختبار بنتون واختبار إعادة الأرقام من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين المعدل، طبقها جميعا تطبيقا فرديا على ٣٨ فردا من مرضى أقسام الأعصاب، ١١٢ مريضا عصابيا (تشخيصات أمراض القلق)، فى مقابل ١٢ فردا من الأشخاص العاديين كمجموعة ضابطة. وتراوحت أعمار الجميع بين ١٨ ـ ٧٥ سنة.

أشارت النتائج إلى وجود عامل للنسخ Copy Factor له خصائص تختلف عن خصائص عامل للاحتفاظ والتذكر البصرى الفورى. كذلك تبين وجود عامل للدقة يتمايز عن عامل الوقوع فى الخطأ. وتكرر ظهور هذا العامل الأخير مرات عديدة فى أكثر من دراسة. أما تحليل بيانات الأداء على اختبارى إعادة الأرقام والتعلم اللفظى السمعى فى مقابل اختبار بنتون بصيغه الثلاثة، فقد انتهى إلى وجود عامل ذى قطبين، أحدهما يشير إلى بلورة الأداء ذى الطبيعية اللفظية، ويشير الأخر إلى الأداء ذى الطبيعة البصرية المكانية أو غير اللفظية مما يشير فى النهاية إلى وجود بنية عاملية مكانية بصرية تختلف تماما عن البنية العاملية للاختبارت اللفظية السمعية.

وفى دراسة اجراها «أودونيل وويب» (O'Donnell, M. P. and Webb, M. G., 1986, 494 -97) بهدف فحص العلاقة بين ارتفاع ضغط الدم الناتج عن العلاج بالصدمات الكهربية أو التالى لها، ومدى التغيرات المعرفية والوجدانية السلبية لدى ٢٩ مريضا اكتئابيا راشدا، استخدم الباحثان لتحقيق هذا الهدف اختبار آرثر بنتون للتذكر البصرى الفورى، واختبار هاملتون لتقدير درجة الاكتئاب، ومقياس جامعة ليدز Leeds للتقدير الذاتى للاكتئاب والقلق.

وكان الباحثان يطبقان هذه الاختبارات قبل العلاج بالصدمات الكهربائية وبعده تطبيقا فرديا.

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة فى الدرجات الخاطئة على إختبار بنتون قبل العلاج الكهربى وبعده، كما لايوجد إرتباط بأى شكل ومن أى نوع بين إرتفاع ضغط الدم Blood Pressure التالى لكل صدمة كهربية والتغير فى درجات الخطأ وأنواعه على إختبار آرثر بنتون (الصيغة C)، كما لايوجد إرتباط بين إرتفاع ضغط الدم والتحسن الوجدانى التالى للصدمات الكهربية.

أما «ليف جيرك» (Bjerk, Leif. G., 1988, 1 - 14) فقد بحث العلاقة بين طاقة العمل Work Capacity وخمسة من عوامل التنبؤ بالمال أو المصير prognostic Factors هى: طول فترة الغيبوبة، درجة ونمط الإلتهاب والتلف المخى، طول مدة الإصابة بآفة مخية، التوظيف أو الأداء الوظيفى العصبى النفسى، وإتساق سمات الشخصية. ولتحقيق أهداف هذا البحث قام الباحث بتطبيق إختبارات بطارية هالستيد ريتان للفرز العصبى، وإختبار وكسلر لذكاء الراشدين المعدل، إختبار آرثر بنتون للإحتفاظ البصرى، إختبار لوريا للكشف عن الإصابات العضوية، وإختبار تعلم اللغة، على عينة من النرويجيين الذكور والإناث الراشدين والمراهقين بلغ عددها ٢٠٣ فردا، تتراوح أعمارهم بين ١٥، ٦٣ عاما، وكلهم كانوا يعانون من الرضوض والآفات المخية. وكان يتم التطبيق الفردى فى ظل خضوعهم جميعا لأحد برامج التأهيل المهنى. وكان بعضهم يخضع لإجراء بعض الفحوص العصبية عن طريق الأجهزة العيادية مثل رسام الدماغ الكهربى (E E G) وتصوير الدماغ بالحاسوب Cerebral Computer Tomography والتصوير الهوائى للمخ Pneumoencephalography ـ (بلغ عددهم ١٣٠ من الذكور والإناث).

كشفت النتائج عن وجود إتفاق كبير بين قدرة الإختبارات التشخيصية ذات الطبيعة النفسية العصبية وهذه الأجهزة المخصصة للفحص العصبى على التشخيص. وتبين أن بعض الإختبارات كانت أشد حساسية فى كثير من الحالات فى القدرة على التنبؤ بطاقة العمل، خاصة تلك الحالات التى تكون آفاتها ورضوضها قبل تشخيصية Prediagnostic بحيث

لاتستطيع هذه الأجهزة التقاط إصاباتها المخية التى لم تتخلق بعد. وكان أفضل هذه العوامل فى التنبؤ بطاقة هؤلاء الأفراد فى القدرة على العمل مستقبلا هو: عمر الرضوض المخية (طول مدة الإصابة بها)، إتساق سمات الشخصية، طول فترة الغيبوبة، درجة ونمط التلف المخى، وأخيرا الأداء النفسى العصبى.

وقد أجرى كل من «ميريان بورك وأندروماتيوس» (Burk, M.; & Mathewes A., 1992, 23 - 35) دراسة أشاروا فيها إلى أن نتائج التجارب السابقة فى موضوع ذاكرة السيرة الذاتية والقلق العصابى، كانت نتائج متعارضة، خاصة عندما كانوا يقارنون بين المعلومات التهديدية والمحايدة لدى مرضى القلق. ولهذا السبب تعد دراستهما بمثابة دراسة تحققية لهذه النتائج، حيث حاولا من خلالها قياس وتقدير مدى إضطراب ذاكرة الأحداث الشخصية (أو السيرة الذاتية Autobiographic memory) لدى مجموعة من المرضى، شخصوا بأنهم يعانون من مرض القلق العام، فى مقابل مجموعة من الأسوياء العاديين. وبدأت التجربة بتعريض المفحوصين، كل منهم على حدة، لكلمات إرشادية محايدة Neutral Cue Words، وطلب منهم الإستجابة من خلال ذكرياتهم الشخصية. وتبين من النتائج أن مرضى القلق كان محتوى ذكرياتهم الخاصة يتسق ومزاجهم الذى يتصف بالقلق، وأقل إتساقا والمزاج السار Pleasant mood بالمقارنة إلى أقرانهم الأسوياء الذين يمثلون المجموعة الضابطة. وفى مرحلة ثانية من التجربة، تم تعريضهم جميعا لنفس الكلمات الإرشادية المحايدة، ولكن طلب منهم، هذه المرة، أن يستجيبوا سواء من خلال ذكرياتهم الشخصية القلقة أو غير القلقة، فى عدد غير قليل من المحاولات.

أشارت التفاعلات الدالة بين حالة المرض ـ السواء ونوع الذكريات: قلقة ـ غير قلقة، إلى أن مرضى القلق كانوا أكثر إستدعاء للذكريات المثيرة للقلق، وكانوا أشد سرعة فى إستدعائها بالمقارنة إلى الأسوياء فى المجموعة الضابطة، ولكن لم تؤيد تقديرات المحكمين البعيدين عن التجربة الفرض الذى يقضى بأن هذه الفروق الظاهرة للعيان فى محتويات الذكريات المستدعاة ما هى إلا حقيقة زائفة أو مجرد «إشاعة» مردها لجوء مرضى القلق إلى إطلاق مسميات ذات مضمون قلق أو كئيب على ذكرياتهم الخاصة بالمقارنة إلى أقرانهم الأسوياء. معنى ذلك أن مرضى القلق يستدعون الذكريات الحزينة لأنها تشغل حيزا كبيرا من تفكيرهم، بينما الأسوياء ليسوا كذلك.

وعن تأثير عقار «الديازيبام diazebam» على الذاكرة لدى مرضى عصاب القلق، إستخدم مجموعة من الباحثين تصميم التعمية أو الحجب المزدوج العشوائى Randomized double blind design ـ لتحديد ما إذا كان علاج مرضى عصاب القلق بهذا العقار سيؤثر سلبيا على نشاط كل من الذاكرة قصيرة وطويلة المدى. تم تطبيق هذا التصميم التجريبى على ١٦ مريضا (تتراوح أعمارهم بين ١٩ ـ ٤٦ عاما) كانوا يعالجون بهذا العقار ثلاث مرات يوميا بواقع خمسة ملليجرامات فى الجرعة الواحدة. كشفت نتائج الأداء على إختبار الذاكرة لوكسلر أنه فى نهاية الأسبوع الأول من العلاج بهذا العقار لم يحدث أى إضطراب دال سواء فى الذاكرة اللفظية قصيرة المدى أم طويلة المدى (Peedicayil, J and Others, 1988, 385 - 390).

وفى الدراسة التالية تلقى ٢٢ مريضا من مرضى العيادات الخارجية الذين تم تشخيصهم وفقا لدليل التشخيص الأمريكى بأنهم يعانون من أمراض القلق علاجا بعقار الألبيدم Al-pidem (متوسط الجرعة يوميا كان ١١٢,٥ ملليجرام) أو بعقار اللورازيام Lorazepam (كان متوسط الجرعة يوميا ٣,٥ ملليجرام). وكان يتم تقديم هذين العلاجين وفقا للتصميم التجريبى المعروف باسم الحجب أو التعمية المزدوجة. وكان يتم تطبيق بطارية من الإختبارات قبل التدخل العلاجى وبعده.

تبين من النتائج أن درجات القلق على مقياس هاملتون لتقدير القلق قد تحسنت جوهريا بعد العلاج، بمعنى أن القلق قد خفت حدته إلى حد كبير، ولم تظهر فى الوقت نفسه أية أعراض جانبية.. ومع ذلك فقد تبين أن علاج اللوزاربام قد خفض متوسط الإستجابة الدماغية المستثارة، وحدث تدهور فى معدل سرعة زمن الرجع الحركى وفى نشاط الذاكرة كما يعكسه الأداء على إختباراتها بعد أربعة أسابيع من العلاج، بينما لم تظهر هذه الأعراض الجانبية نتيجة للتداوى بعقار الألبيدم. ولذلك يرى هؤلاء الباحثون أن عقار الألبيدم،

كمضاد للقلق، عقار يبشر بالنجاح فى علاج هذا المرض دون أية أعراض جانبية، سواء أكانت فى سرعة الأداء المعرفى أم الأداء النفسى الحركى .(Morton, S., & Lader, .M. 1992. 177 - 181)

وفى إطار مراجعة «روبرت بين R.Payne» لموضوع الإضطرابات المعرفية (١٩٩٣، ص ١٠٥ وما بعدها: مترجم)، أورد بعض النتائج التى ترتبت على إستخدام بعض الدراسات السابقة لإختبار سعة الأرقام كإختبار لذاكرة الأرقام لدى مرضى القلق الراشدين، أهمها الآتى:

(أ) بالرغم من عدم وجود دليل علمى على الفروق بين مجموعات الفصاميين المزمنين ومرضى الهوس - الإكتئابى، فإن المرضى العقليين كمجموعة يحصلون على درجات أكثر إنخفاضاً من المرضى العصابيين فى ذاكرة الأرقام.

(ب) تبين من هذه الدراسات أن الذاكرة الرقمية المباشرة لا تتأثر بالتقدم فى العمر لدى الأسوياء ولكنها تتأثر بالمعاناة من الإضطرابات النفسية أو العقلية.

(جـ) يؤدى عصاب القلق إلى ضعف وتضييق مدى الذاكرة الرقمية المباشرة، مما يعكس نقصاً فى معدل الإدراك. ويميل مرضى أمراض القلق العصابيين إلى أن تكون سعة الأرقام لديهم أقل بدرجة طفيفة من الأسوياء، ربما لأنهم كمجموعة أشد قلقاً.

ويمكن أن نخلص من عرضنا للدراسات السابقة إلى الخلاصات الآتية:-

١- إن مرضى الفصام يعانون من ضعف فى الذاكرة لأسباب متعددة، يأتى على رأسها إصابتهم بالمرض العقلى. وتختلف حدة إضطرابات التذكر بإختلاف الفئات التشخيصية لهذا المرض، كما تختلف بإختلاف نوع الذاكرة ومستواها، فالذاكرة المباشرة أو قصيرة المدى التى تعتمد على الإسترجاع أو الإستدعاء الحر، أو التى تتطلب إعادة بناء المادة المطلوب تذكرها تتأثر سلبياً بالمرض العقلى بالمقارنة إلى درجة تأثر الذاكرة الفورية أو قصيرة المدى الآلية التى تقوم على التكرار أو التعرف السمعى أو البصرى.

٢ - تحاول الدراسات الحديثة فى علم النفس المرضى أو العيادى (الكلينيكى) التدقيق وتنقية الإختبارات التشخيصية إستجابة لروح العصر التى تسود الآن عمليات رفع كفاءة التشخيص الطبى النفسى، وأجهزة الفحص العصبى التى تستفيد من علوم الحاسوب والتطبيقات التكنولوجية فى العلم.

٣ - يلاحظ الباحث الحالى أن التفسيرات المطروحة لإضطرابات التذكر حالياً تميل جميعها لأن تكون تفسيرات معرفية، بمعنى أنها قد تجاوزت تفسيرات وليم جيمس القديمة ومن بعده «واخ ونورمان»، إلى المنجزات الحديثة فى علم النفس المعرفى وإستفادته من علوم الحاسب الآلى وعلوم المخ والأعصاب وعلوم التشريح بنوع من النظرة العلمية التكاملية.

٤ - ركزت معظم الدراسات السابقة على تفسير اضطرابات التذكر لدى المرضى الفصاميين ولم تتناول ذلك لدى المرضى العصابيين، رغم أن نسبة دراسة مرضى الفصام فى هذه الدراسات إلى دراسة المرضى العصابيين وأمراض القلق كانت نسبة متساوية تقريباً. وكان ذلك أحد الدوافع الهامة لإجراء الدراسة الحالية فى محاولة لسد هذه الثغرة.

٥ - إنتهت بعض الدراسات إلى عدم وجود تأثير للأدوية النفسية على التذكر (O, Donnell & Webb, 1986) كذلك (Price, 1982.) فى حين أن البعض الآخر يشير إلى أن أنواعاً محددة من العلاجات الطبية هى التى تؤثر سلبياً على بعض أنواع التذكر اللفظى وليس كل أنواع التذكر البصرى أو السمعى (راجع دراسة Eitan N., 1992) ومن ثم تحاشياً للخلط فى نتائج دراستنا الحالية، ركزنا على دراسة التذكر السمعى والبصرى فقط لدى كل من المرضى العصابيين والمرضى الفصاميين، دون أنواع التذكر الأخرى.

٦ - وقعت بعض الدراسات السابقة فى بعض الأخطاء المنهجية التى تجعل نتائجها غير حاسمة، وينظر إليها بنوع من الحذر والتحوط بشدة، كإغفالها المجموعات الضابطة التى توفر أساس المقارنة بين المرضى والأشخاص العاديين.

٧ - إستخدمت كل الدراسات السابقة إختبارات التذكر التشخيصية، كإختبار بنتون للذاكرة البصرية المكانية الفورية، وإختبار التعرف والترميز وبندر جشتالت للكشف عن الإصابات العضوية بالمخ والتمييز على أساسها بين الفئات المرضية العقلية ذات الأساس العضوى والوظيفى، وكأن هذه الإختبارات لا يمكن إستخدامها للكشف عن أخطاء الذاكرة واضطراباتها لدى أنواع أخرى من الأمراض النفسية،

كالأمراض العصابية وأمراض القلق، ومن ثم سيكون أحد أهداف الدراسة الحالية توسيع نطاق إستخدام إختبارات التشخيص العصبية فى الكشف عن اضطرابات التذكر لدى المرضى العصابيين بالإضافة إلى المرضى الفصاميين المزمنيين غير الهذائيين.

* **التعريف الإجرائى لمفاهيم الدراسة الحالية:**

لدينا فى هذه الدراسة خمسة مفاهيم، هى: الإضطرابات العصابية، والفصام المزمن، والتذكر بصفة عامة، والتذكر عن طريق التعرف السمعى المباشر، والتذكر عن طريق الإستدعاء البصرى - المكانى المباشر.

وفيما يتصل بالمفهومين الأوليين، الإضطرابات العصابية - Neurotic disorders والفصام المزمن، نحيل القارىء إلى وصفهما تفصيلًا فى الدليل الأمريكى التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للإضطرابات النفسية الصادر عام ١٩٨٧، إنجاز للعرض من ناحية، ولأننا قد إعتمدنا عليه عند تشخيص هذين المرضين من قبل كبير الأطباء النفسيين الذى يعمل بمستشفى أبها للطب النفسى*، من ناحية أخرى. (راجع الدليل فى الصفحات من ١٨٧ - ٢١٣ بالنسبة لتصنيف الفصام، ومن ص ٢٣٥ - ٢٥٤ بالنسبة لأمراض القلق، التى نعنى بها الأمراض العصابية فى بحثنا هذا، نظرًا لشيوع هذا المفهوم).

ولكن ما نود أن نلفت النظر إليه فى هذين التعريفين، أن دليل التشخيص الثالث المعدل للإضطرابات النفسية، قد إستبعد تمامًا تعريف العصاب Neurosis حتى على المستوى الوصفى، وتعامل معه على أنه إضطرابات للقلق Anxiety disorders، فى حين أن الدليل الثانى وضع له تعريفًا نفسيًا ظل يتعامل معه حتى ظهر الدليل الثالث الذى حذف العصاب بكل معانيه، ولم يبق منه إلا المعنى الوصفى حيث أشار إلى وجود صراع ضمنى نفسى فى كثير من الإضطرابات الطبية النفسية وكذلك فى أناس لا يعانون من هذه الإضطرابات. (راجع: أ.م. كولز، ١٩٩٢، ص ٩٤ - ٩٥. مترجم).

وفيما يتصل بمرض الفصام فقد وضع الدليل فى صفحة (١٩٥) المحكات التشخيصية للإزمان ومن ثم تحديد الفصام المزمن وتمييزه عن الحاد، مهما كان يضم من فئات التشخيص المختلفة، وهى خمس: النمط التخشبى Catatonic، والمفكك disorganized، والهذائى Delusional، وغير المميز Undifferentiated، والمتبقى Residual. وما يهمنا أنه حدد محك الإزمان بسنتين فأكثر من بدء الإصابة بالمرض، ولكنه أغفل عدد مرات الإنتكاس ومعاودة دخول المستشفيات النفسية لهذا السبب، وهو ما ناقشناه تفصيلًا فى بحثين سابقين لكاتب هذه السطور (الصبوة، ١٩٨٧، ص ١٥٣، الصبوة، ١٩٩٠، ص ٢٣)، كما أغفل مدة الإقامة داخل العنابر لتلقى العلاج.

٣ - التذكر:

عملية من العمليات العقلية العليا، تتمثل فى قدرة الشخص على إستحضار أو إسترجاع أى نوع من أنواع الخبرات الماضية التى مرت به، أو إستعادته للمعلومات والمعارف التى سبق أن تعلمها (عبد الحليم محمود، ١٩٨٩، ص ٢٨٩).

٤ - التعرف Recognition

طريقة من طرق قياس التذكر منذ القدم (Woodworth, R. & Schlosberg, S., 1966 p. 699)، ولازالت حتى الآن. وتشير إلى قدرة الشخص على إسترجاع المعلومات دون عناء وجهد بسبب الإستعانة بما يعرض عليه منها أثناء التعرف عليها. ويقترح الباحث الحالى تسميتها بالذاكرة الآلية automatic memory، تمييزا لها عن ذاكرة الإستدعاء التى تحتاج إلى جهد كبير عند إسترجاع المعلومات. وهنا سنقيس التذكر بإختبار التعرف السمعى على الكلمات، الذى صممه معمل علم النفس، جامعة القاهرة.

٥ - الإستدعاء Recall:

يعد أيضا من طرق قياس التذكر القديمة، ويتمثل، وفقا لهذه الدراسة، فى قدرة الشخص على إسترجاع المعلومات البصرية المكانية إسترجاعا مباشرا دون وجود أى مساعدات خارجية. (Gold, J. M., et al; 1992, p. 487). وهنا سنستخدم إختبار آرثر بنتون للذاكرة البصرية - المكانية المباشرة، وسنطلق عليها إسم الذاكرة النشطة.

ونود أن نشير هنا إلى المحكات التى إعتمدنا عليها نظريا فى التفرقة بين الذاكرة الآلية (التعرف السمعى على الكلمات) والذاكرة النشطة (إستدعاء الأشكال البصرية)، وهى: أن ذاكرة التعرف السمعى لاتحتاج إلى قدر كبير من تركيز الإنتباه، ولاتحتاج إلى خطط وعمليات معرفية تعيدها على الإسترجاع لأن معظم المعلومات إما أن تكون، ولوجزئيا، أمام الشخص،

وإما أن تتوفر له مساعدات خارجية، بالإضافة إلى أنها لاتتدخل فى إعادة تشكيل المادة التى يتم تذكرها، فى حين أن الذاكرة النشطة تبذل مجهودا كبيرا فى إستدعاء المعلومات، لعدم وجود مساعدات خارجية، واحتياجها لكثير من المتطلبات المعرفية، والإستعانة بنشاط بعض الوظائف العقلية الأخرى بشدة مثل تركيز الإنتباه.

مشكلة الدراسة الحالية وأهدافها:

لاريب أن الأنماط المختلفة من الأمراض النفسية تسبب أشكالا مختلفة من الفشل فى التذكر، سواء أكان سمعيا أم بصريا، والملاحظ على هذا الموضوع الآن، خاصة فى تطبيقات نظريات التذكر المعرفية والعصبية، فى علم النفس الإكلينيكى، أنه بقدر ما يتمتع به من ثراء وخصوبة، يتسم بتعقد مشكلاته، وما يشتمل عليه من خلط وغموض فيما قام عليه من مفاهيم ومصطلحات. لكن الخلاصة التى يمكن الإنتهاء إليها تشير إلى أحد إحتمالين: **الأول**: يمكن تفسير إضطراب التذكر بعرض أو ملح أو مؤشر مرضى واحد. **والثانى**: أنه يمكن تفسيره من خلال عدد من المؤشرات المرضية. ويبدو أن الإحتمال الثانى هو الأرجح. ولذلك فقد تحددت المشكلة العامة للبحث الراهن فى القياس النقى لذاكرة التعرف السمعى المباشر على الكلمات والذاكرة البصرية المكانية المباشرة باستخدام بعض الإختبارات الملائمة، ومحاولة التمييز على أساسها بين مجموعة من المرضى العصابيين (أمراض القلق) ومجموعه من مرضى الفصام المزمن غير الهذائى Non - delusional chranic schizo phrenia وبين كل مجموعة منهما على حدة، ومجموعة ضابطة من الأشخاص العاديين (الأسوياء).

أما الأهداف التى سيحاول هذا البحث تحقيقها، فجاءت فى شكل مجموعة من الأسئلة سيسعى محاولا الإجابة عنها، وهى:

ـ هل يمكن لاختبارات التعرف السمعى على الكلمات، والاستدعاء البصرى ـ المكانى أن تفرق بين المرضى النفسيين والأسوياء؟، ثم بين الفئات المرضية وبعضها البعض؟. وهل صحيح أن ذاكرة التعرف السمعى المباشرة لاتتأثر بالمرض، سواء أكان عصابيا، أم عقليا، بنفس الشدة التى تتأثر بها الذاكرة البصرية ـ المكانية المباشرة؟. وما هى أهم أنماط الخطأ البصرية المكانية التى تقع فيها كل فئة من فئات الدراسة الثلاث؟.

ـ فروض الدراسة:

١ ـ تتسم كل من الذاكرة الآلية (التعرف السمعى على الكلمات) والذاكرة النشطة (الذاكرة البصرية المباشرة) بالدقة فى الإسترجاع لدى الأسوياء، بحيث تتفوق جوهريا على نظيرتيها لدى كل من المرضى بأمراض القلق العصابية* ومرضى الفصام المزمن غير الهذائى*.

٢ ـ ذاكرة التعرف السمعى على الكلمات أقل تأثراً بكل من أمراض القلق العصابية والمرض الفصامى بالمقارنة إلى الذاكرة البصرية المباشرة.

٣ ـ أنماط الخطأ البصرية ـ المكانية أكثر تنوعاً لدى المرضى الفصاميين بالمقارنة إلى كل من المرضى العصابيين والأسوياء.

ـ المنهج والإجراءات:

أولا: المنهج:

إعتمدت هذه الدراسة على منهج التجريب الوصفى، لأنها ليست دراسة تحكمية تماماً، حيث تم تحديد متغيراتها فى شكل متغير مستقل ذى مستويين من شدة التأثير هما المرض العصابى والمرض العقلى، ومتغيرات تابعة هى أشكال الأداء السوى والمضطرب على إختبارى التعرف السمعى المباشر على الكلمات، والتذكر البصرى الفورى، وهما إختباران كلاهما طبيعته معرفية.

أما بالنسبة للتصميم التجريبى الذى عالج عيناتها، فقد تم إجراء هذه الدراسة وفقاً للتصميم التجريبى الخاص بالقطاعات العشوائية المتجانسة Randomized blocks design، وبمقتضاه يتم إحداث التناظر بين المجموعات محل الدراسة على أساس تكافؤ درجاتهم على عدد من المتغيرات الدخيلة التى نحاول منع تدخلها فى تشكيل نتائج الأداء على الإختبارات، من قبيل الذكاء العام والإقامة بالمستشفيات والجنس والمستوى التعليمى والعمر وتركيز الإنتباه.

* منعا للاطالة وتيسيرا على القارىء سنشير للفئة الأولى بالمرضى العصابيين والثانية بالمرضى الفصاميين.

ثانياً: الإجراءات:

١ - وصف العينات: المجموعتان التجريبيتان: -

(أ): مجموعة أمراض القلق العصابية:

تكونت هذه المجموعة التجريبية من ٤٦ مريضاً عصابياً، منهم خمسة من مرضى الوسواس القهرى، وخمسة من مرضى الهستيريا، وثمانية عشر مريضاً بالقلق المزمن، وثمانية عشر مريضاً بالمخاوف المريضة ومعظمها مخاوف إجتماعية ومن الأماكن الفسيحة والثعابين ورؤية الدماء، وكانوا كلهم من الراشدين الذكور السعوديين المقيمين لمدة إسبوعين داخل عنابر المستشفى، وتم تشخيصهم جميعاً من قبل طبيب وإختصاصى خبير فى الطب النفسى، وقد إعتمد فى التشخيص على دليل جمعية الطب النفسى الأمريكية الصادر عام ١٩٨٧، المعروف باسم الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للأمراض النفسية. وحدث الشيء نفسه عند تشخيص مجموعة مرضى الفصام المزمن التالية.

(ب): مجموعة مرضى الفصام غير الهذائى المزمن

Chronic non dellusional schizophrenia تكونت هذه المجموعة من ٤٧ مريضاً فصامياً من الذكور الراشدين السعوديين، الذين تم تشخيصهم جميعاً على أنهم فصاميون مزمنون غير هذائيين، كتشخيص عام، يضم داخله ٢١ من مرضى الفصام المفكك Disorganized، ثمانى حالات فصام تخشبى Catatonic، ١٨ فصام غير مميز Un-differentiated.

هذا، وقد أمكن إختيار هذه المجموعة من بين مرضى الأمراض العقلية المقيمين بمستشفى أبها للصحة النفسية بجنوب السعودية، بشرط ألا يكون قد تجاوز بقاؤهم بها أكثر من شهر ونصف تجنباً لتأثير عوامل الحرمان الحسى الناتجة عن البقاء مدداً طويلة داخل عنابر المستشفيات دون وجود تنبيهات حسية كافية.

وقرر الطبيب النفسى عند تشخيصه لكل هذه الحالات أنها لا تعانى من أية إصابات عضوية بالمخ عيادياً (إكلينيكيا)، وليسوا، سواء أكانوا عصابيين أم فصاميين، من مدمنى المخدرات الطبيعية أو المخلقة أو المسكرات، وليس لديهم عمى ألوان أو أى خلل فى الإبصار، ولكنهم جميعاً كانوا يدخنون السجائر، كما لم تكن لديهم أية شكوى من الكلى والكبد.

وتراوح المدى العمرى لمرضى كلتا المجموعتين بين ١٨، ٤٢ عاماً، وتراوح المستوى التعليمى بين الإبتدائية (أو يقرأ ويكتب) والتعليم الجامعى. كما تم التطبيق على كلتا المجموعتين المرضيتين وهما تحت تأثير ثلاثة أنواع من العلاج الطبى. فكانت مجموعة أمراض القلق العصابية تتلقى مضادات القلق، وكان الفصاميون المزمنون يعالجون بكل من المهدئات الكبرى، والعلاج بالصدمات الكهربية (فى بعض الحالات، بلغ عددها ١٧ حالة) وهذا العلاج الكهربى إشترطنا فيه ألا يكون المريض قد تعرض لأكثر من ثلاث صدمات كهربائية (ECT)، وألا يتم التطبيق عليه قبل مرور أربع وعشرين ساعة بعد آخر صدمة تلقاها، وذلك وفقاً لما أشارت إليه معظم الدراسات السابقة فى هذا الموضوع (Price, T.R. 1982, p. 93; ODonnell & Webb, 1986, p. 494).

(جـ) المجموعة الضابطة: عينة العاديين (الأسوياء): -

تكونت من ٤٧ شخصاً من العاملين السعوديين بذات المستشفى، ومن أصدقاء وجيران المرضى الذين كانوا يترددون عليهم للزيارة، وكانوا جميعاً من الذكور الراشدين العاديين الذين لم يكن لدى أى منهم شكوى من الإضطرابات النفسية أو العقلية أو العضوية، ولم يتردد أى منهم على عيادة نفسية طوال حياته، ولم يكونوا يتعاطون أية عقاقير طبية نفسية، وليسوا من المتعاطين للمخدرات والمسكرات بكافة أشكالها، ولم تكن لديهم أية إصابات عضوية لها أية مصاحبات سيكوباثولوجية، ولكن كان ٨٣٪ منهم يدخنون السجائر.

وكان ثمة عدد من المتغيرات الديموجرافية والسيكولوجية التى أمكن عزل تأثيرها بإحداث نوع من التكافؤ بين الثلاث مجموعات وبعضها البعض، وهى الجنس، حيث كان الجميع ذكوراً، والعمر ومستوى الذكاء والمستوى التعليمى وتركيز الإنتباه، وذلك لأنه قد تبين خلال الدراسات السابقة فى هذا الموضوع أنها تتدخل إيجابيا أو سلبيا فى نشاط عمليات التذكر بأشكاله المختلفة، ومن ثم لن نستطيع تقدير تأثير المرض النفسى أو العقلى على النشاط النقى لكل من الذاكرة الآلية المباشرة (التعرف) أو الذاكرة البصرية النشطة (الاستدعاء للأشكال البصرية ونسخها من الذاكرة) مالم نضبط أثر هذه المتغيرات. هذا وقد اعتمدنا فى ضبط متغير الذكاء على

وفيما يلى جدول (١) يبين نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث على المتغيرات السابقة

جماعات المقارنة / المتغيرات	الأسوياء (ن = ٤٧)		أمراض القلق العصابية (ن = ٤٦)		الفصاميون المزمنون (ن = ٤٧)		قيمة ت* بين:		
	م	ع	م	ع	م	ع	٢,١	٣,١	٣,٢
العمر	٢٨,٧	٧,٢	٢٨,٢	٧,٤	٢٧,٧	٧,٣	٠,٣٥	٠,٦٦	٠,٣
المستوى التعليمى	١١,٣	٣,٥	١١١,٤	٣,١	١٢,١	٥,١	٠,١٢	٠,٨٩	١,٢
الذكاء العام	٩٩,٥	٩,٧	٩٥,٨	٧,٨	٨٩,٣	١١,٦	٢,٦٤**	٤,١**	١,١
تركيز الانتباه	٢٥,٤	٦,٢	٢٤,٤	٧,٢	٢٣,٦	٥,٧	١,١	١,٤	٠,٨٧
مدة الاقامة بالمستشفى			٢٦,٦**	١٢,٥	٢٥,٤	١١,٣			١,٢
الازمان (مدة المرض)			٣,٧	٢,٥	٤,٢	٢,٤٢			١,٩١

* دلالة عند مستوى ٠,٠٥ = ١,٩٨ * * وعند مستوى ٠,٠٢ = ٢,٣٦، ٠,٠١ = ٢,٦٢
(Ferguson, G. A, 1981, p. 251)

* * كانت وحدة التكرار لحساب مدة الاقامة بالمستشفى هى اليوم، وفى حالة الازمان كانت وحدة التكرار هى السنة.

اختبار وكسلر لذكاء الراشدين، واعتمدنا على مقياس لشطب الحروف فى ضبط متغير تركيز الانتباه.

ويلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعات الثلاث وبين بعضها البعض، فيما عدا متغير الذكاء العام. ونعتقد أن هذا المتغير لن يتدخل بشدة فى تشكيل أداء الذاكرة بنوعيها، لأن جميع نسب الذكاء لدى المجموعات الثلاث تدور حول المتوسط (١٥ + ١٠٠) العام للذكاء ولم تتخط انحرافا معياريا واحدا فى التشتت ومع ذلك سنجرى له تحليلا خاصا بنتائجه، مما يشير فى النهاية إلى تحقيق درجة لابأس بها من التكافؤ فيما بينها على كل المتغيرات السابقة إلا واحدا.

(٢) وصف الاختبارات:

تكونت بطارية الاختبارات التى خضنا بها هذه الدراسة من مجموعتين من الاختبارات هما: الاختبارات الأساسية وهما: اختبار التعرف السمعى على الكلمات لتقدير دقة الذاكرة السمعية المباشرة أو ما أسميناه بالذاكرة الآلية، واختبار آرثر بنتون لقياس دقة الذاكرة البصرية ـ المكانية المباشرة أو ما أسميناه بالذاكرة النشطة التى تبذل جهدا كبيرا فى استدعاء المعلومات البصرية ـ المكانية، ثم مجموعة من الاختبارات الفرعية لعزل تأثير عدد من المتغيرات الدخيلة، الأمر الذى تم الحديث عنه فى الفقرة السابقة وعرض لنتائجها الجدول (١) السابق، وهى مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (WAIS) لضبط متغير الذكاء، واختبار شطب الحروف لضبط متغير تركيز الانتباه، واختبار المهارة اليدوية بجزئيه لاستبعاد حالات الأسوياء التى تحصل على درجات تدخل فى معايير المرضى العصابيين أو الفصاميين، وكذلك استبعاد أية حالة تم تشخيصها داخل فئة الفصاميين وحصلت على درجات تدخل فى معايير مرضى الذهان العضوى ، ذلك أنه قد تبين لدى عدد من الباحثين أن هذا الاختبار يميز بين مرضى الذهان الوظيفى ومرضى الذهان العضوى بدلالة احصائية Soueif & Metwally, 1961,p. 287).

وفيما يلى وصف مفصل نسبيا للاختبارين الأساسيين لأن أحدهما حديث تماما والآخر معروف نسبيا. (١) **اختبار ذاكرة التعرف السمعى على الكلمات** لتقدير مدى دقة الذاكرة الآلية لدى مجموعات الدراسة الثلاث، يتكون من شقين، الأول منهما نقدم خلاله للمفحوص قائمة من خمسين كلمة يقرأها عليه الفاحص بصوت ذى مخارج واضحة

مفردة، بعد ذلك وفى الشق الثانى من الاختبار يقرأ عليه الفاحص القائمة الثانية التى تتكون أيضا من خمسين بندا، كل بند منها عبارة عن كلمتين، إحداهما سبق أن سمعها المفحوص والأخرى لم يسمعها، ويطلب منه الفاحص أن يتذكر الكلمة التى سبق له سماعها . **أما الدرجة على الاختبار فهى** عبارة عن عدد الكلمات التى استطاع المفحوص أن يتعرف عليها تعرفا صحيحا.

ومن نافلة القول أن نذكر أن هذا الاختبار توفرت له معايير مصرية على شرائح اجتماعية من المجتمع المصرى، الذكور والاناث الأسوياء، ولكن لم تتوفر له بعد معايير على المرضى النفسيين المصريين، ولذلك حسبنا معاملات صدق وثبات خاصة بهذه الدراسة . ففيما يتصل بصدق تعلقه بمحك خارجي، هو اختبار إعادة الأرقام من الوكسلر، كان معامل الارتباط ٠,٦٧، ٠,٥٤، ٠,٥٨، لدى المجموعات الثلاث على التوالى (دال فيما وراء ٠,٠٠١)، ولكن الغريب أنه لم يرتبط باختبار آرثر بنتون للذاكرة البصرية المباشرة (كانت ر = ٠,١٧، ٠,١١، ٠,١٥)، وهذا معناه أنهما يقيسان نوعين مختلفين من الذاكرة، وهذا فرض يحتاج لدراسة عاملية للتحقق منه. أما معاملات ثباته فقد حسبت بطريقتين هما: إعادة الإختبار وحصلنا منها على المعاملات (٠,٩٢ لدى الأسوياء، ٠,٨١ لدى العصابيين، ٠,٨٨ لدى الفصاميين)، وطريقة التنصيف وحصلنا منها على الآتى (٠,٨٦ لدى الأسوياء، ٠,٨٢ لدى العصابيين، ٠,٨٤ لدى الفصاميين)، وذلك بالطبع بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون. (٢)

أما إختبار آرثر بنتون لقياس الذاكرة البصرية - المكانيـة المباشرة، عن طريق الإستدعاء الحر للأشكال البصرية التى عرضت على المفحوص واحدا واحدا، فيتكون من ثلاث مجموعات بديلة (C, D, E) أو (أ، ب، جـ)، كل مجموعة تتكون من عشرة تصميمات شبه هندسية، ويستغرق تطبيق كل مجموعة حوالى عشر دقائق أو أقل قليلا. ويمكن أن يطبق الإختبار بعدة طرق:

- الطريقة الأولى: يعرض كل رسم لمدة عشر ثوان، يتبع ذلك مباشرة قيام المفحوص برسم الشكل الذى عرض عليه من الذاكرة مباشرة بعد رفعه من أمامه.

- الطريقة الثانية: يعرض كل رسم لمدة خمس ثوان، يتبع ذلك مباشرة قيام المفحوص بنسخ الرسم عن الذاكرة بعد رفعه من أمامه مباشرة.

- الطريقة الثالثة: يقوم المفحوص بنقل كل رسم مع وجود الرسم فى مجال رؤيته مثل الجزء الأول من إختبار بندر جشتالت.

- الطريقة الرابعة والأخيرة: يعرض كل شكل لمدة عشر ثوان على المفحوص، ثم نعطيه عملا آخر للإنشغال به وصرف إنتباهه عن الشكل الهندسى الذى رآه، وليكن هذا العمل هو مجرد الحديث مع الشخص أو أن نطلب منه أن يجمع بعض المسائل الحسابية أو يطرحها لمدة تتراوح بين ١٨ ثانية، ثلاث دقائق، ثم نطلب من المفحوص أن ينسخ الشكل الهندسى من الذاكرة، وهو الشكل الذى كان قد عرض عليه مسبقا، وذلك بهدف قياس الذاكرة البصرية - المكانية قصيرة المدى.

وجدير بنا أن نذكر أننا إعتمدنا الطريقة الأولى أسلوبا للقياس لتحقيق أهداف الدراسة الحالية، وهنا كان الباحث الحالى يعطى للمفحوص أوراقا بيضاء من نفس حجم البطاقة التى طبع عليها التصميم (٩سم × ١٥ سم) مع قلم رصاص وممحاة، ونخبره بأننا سنعرض عليه فى كل مرة بطاقة بها شكل واحد أو أكثر، وسنسمح لك بدراسة ما فيها من أشكال لمدة عشر ثوان، وأنك سوف تقوم برسم ما فيها من الذاكرة بعد رفعها من أمامك، بحيث يأتى الرسم قريبا إلى حد كبير من الشكل أو الأشكال التى رأيتها.

ولوحظ عند التطبيق أن بعض أفراد العينة كانوا يحاولون البدء فى الرسم قبل مرور العشر ثوان وقبل أن نرفع الرسم من أمامه، وكان البعض يتعجل الأمر ويقول لقد تأكدت من الرسم، وفى كل هذه الحالات كنا نقول له: أعلم أن هذا الرسم سهل، لكن التصميمات الأخرى أصعب، وأريدك أن تظل متمعنا فى الرسم طوال العشر ثوان ولاتنصرف عنه إلا عندما أرفعه من أمامك بعد نهاية الزمن المقرر لذلك.. كذلك كنا نمنعه من الرسم إلا بعد أن نرفع كتيب تصميمات الإختبار. وقبل عرض التصميم الثالث الذى تتعدد تصميماته كنا ننبه المفحوص إلى أن البطاقات الحالية سيحمل كل منها أكثر من تصميم واحد، بعضها أساسي والآخر هامشي. أما قبل البطاقة

الثالثة فكنا نعرض البطاقات بلا تعليق، ومن المعروف أنه يسمح للمفحوص بالمسح والتعديل ولكن ينبغي ألا يستخدم المسطرة، ويرسم دون مدح أو تدعيم، ولكن يمكن تشجيعه على الرسم إذا إستصعبه، خاصة إذا كان مريضا عقليا.

وفى الدراسة الحالية قمنا بتطبيق الأولى فقط وهى المجموعة C أو (أ) فقط. أما **طريقة التصحيح**، ففيها شقين، الأول نحكم من خلاله على كفاءة الأداء العام للذاكرة البصرية المباشرة، وهنا نحكم على كل رسم بالصواب أو الخطأ، وهنا ستتراوح درجة المفحوص بين ١، ١٠ درجات فقط، وهى الدرجة الصحيحة. أما الشق الثانى فيمكن الحصول من خلاله على أنماط الخطأ، والتمييز على أساسها بين الأفراد والجماعات المرضية والعادية، وقد توفرت من قبل آرثر بنتون A. Benton (١٩٥٤) وكذلك «واهلر Wahler (١٩٥٦) معايير كيفية دقيقة ومرنة للتصحيح وتحليل أنماط الخطأ، وهى: الحذف أو الإضافة، والتشويه، والتمادى، والإبدال (إبدال موضع أو مكان الرسم)، والتدوير، وأخطاء الحجم. وقد توفرت معاملات ثبات للمصححين فى الفقه النفسى الأجنبى لهذا الإختبار، وكان ٠,٩٥ للدرجة الكلية، ٠,٧٩ للتصنيف العام للأخطاء ولكن لم يستطع الباحث الحالى الحصول على معاملات ثبات وصدق مناظرة فى البيئة العربية، ومن ثم وفرنا لهذا المقياس معاملات صدق وثبات مرضية إلى حد كبير. فكان صدق التعلق بمحك خارجى مع إختبار بندر جشتالت، الجزء الخاص بالإستدعاء Recall، مقداره (٠,٥٦ لدى الأسوياء، ٠,٦٢ لدى العصابيين، ٠,٥١ لدى الفصاميين) وذلك للدرجات الصحيحة. أما الدرجات الخاطئة، فكانت معاملات صدقها (٠,٥٢ لدى الأسوياء، ٠,٦١ لدى العصابيين، ٠,٦٦ لدى الفصاميين).

هذا، وقد إستخدمنا طريقتى التصحيح السابقتين للوقوف على الكفاءة العامة للذاكرة البصرية المباشرة من ناحية، ومعرفة أنماط الخطأ لدى كل مجموعة من ناحية أخرى، كما قمنا بالحصول على الفروق بين الدرجات الفعلية والمتوقعة الصحيحة والخاطئة على ضوء متغيرى الذكاء العام والعمر. وكانت معاملات ثبات إعادة الإختبار للدرجات الصحيحة هى: ٠,٨٣ للأسوياء، ٠,٨١ للعصابيين، ٠,٧٩ للفصاميين أما الدرجات الخاطئة فكانت: ٠,٧٨ للأسوياء، ٠,٨٤ للعصابيين، ٠,٨٢ للفصاميين.

إجراءات التطبيق:

كان التطبيق يتم فرديا داخل حجرة بالمستشفى جهزت لهذا الغرض، وكانت كل حالة تحتاج جلستى تطبيق تتراوح كل منها بين ٤٥ - ٦٠ دقيقة، ولكنها كانت تتم فى يوم واحد وساعد على ذلك توفر المرضى وإقامتهم بالمستشفى لمدة شهر أو شهرين على الأقل. وكان الباحث يقوم بتطبيق البطارية الفرعية أولا، ليتأكد مما إذا كانت الحالة ستضم للعينة أم لا، وفى الجلسة الثانية كان يقوم بتطبيق البطارية الأساسية بالإضافة إلى إختبار الذكاء العام. وإستمر التطبيق من أكتوبر ١٩٩٠ وحتى مارس ١٩٩٣، أى ما يقرب من سنتين ونصف السنة، لأن الباحث الحالى كان يقوم بالتطبيق بمفرده، وكان الكثير من الحالات ترفض الإستمرار فى الدراسة، وكلها كما سبق القول عينات سعودية.

ثالثاً: التحليل الإحصائى:

تضمنت خطة التحليلات الإحصائية الآتى:-

١ - حساب معاملات الصدق والثبات كما عرضنا لها آنفا، ثم حساب المتوسطات والإنحرافات المعيارية لكل الإختبارات لتوفير معايير إحصائية لعيناتنا، وبخاصة الفئات المرضية السعودية، لإستخدامها فيما بعد فى مجالات التشخيص والتنبؤ بالمآل، وفى المجالات التربوية والمهنية.

٢ - تحليل التباين ذى التصنيف البسيط، ثم ذى التصنيف فى إتجاهين لدى عينات الدراسة بهدف الوقوف على تأثير المرض من ناحية، ثم الذكاء العام من ناحية أخرى على نوعى التذكر المباشر، ثم الوقوف على التفاعل بينهما ومدى تأثيره عليهما من ناحية ثالثة وأخيرة.

٣ - إذا تبينا وجود دلالة لنسب «ف» فى كل التحليلات السابقة، سنبحث عن دلالة الفروق النوعية بين كل مجموعتين فرعيتين على حدة، لمعرفة أسباب هذه الفروق، وذلك باستخدام إختبار «ت».

عرض النتائج

سنحاول من خلال عرض نتائج الدراسة الحالية، الإجابة عن أسئلتها وتفنيد فروضها من ناحية، وإبراز القدرة التمييزية لإختباراتنا من ناحية أخرى. وفيما يلى جدول (٢) يعرض المتوسطات والإنحرافات المعيارية لدى مجموعات الدراسة الثلاث.

جدول (٢)

المتوسطات والإنحرافات المعيارية لدى مجموعات الدراسة الثلاث

جماعات المقارنة / الاختبارات	الاسوياء (ن = ٤٧)		العصابيون (ن = ٤٥)		الفصاميون (ن = ٤٧)	
	م	ع	م	ع	م	ع
التعرف السمعى على الكلمات (الذاكرة الآلية)	٤٢,٥	٤,٢	٣٥,٤	٥,٢	٣١,٦	١٠,٩
التذكر البصرى المباشر (الدرجة الصحيحة الخام)*	٧,١	١,٦	٥,٨	١,٤	٤,٢	١,٧
التذكر البصرى المباشر (الدرجة الخاطئة الخام)*	٣,٤	١,٦	٧,٦	١,٣	٨,٦	٢,١
التذكر البصرى المباشر (الفروق الصحيحة)**	١,٥	٠,٦	٢,٤	١,١	٣,٠٢	١,٠٣
التذكر البصرى المباشر (الفروق الخاطئة)**	٢,٣	٠,٩	٣,٣	١,٣	٤,٦	١,٤

*دون النظر إلى العمر والذكاء ** على ضوء العمر والذكاء

فيما يتصل بهذا الجدول (٢)، ربما يلاحظ القارىء، وهذه ملاحظة منهجية، أن الإنحرافات المعيارية فى بعض الصفوف تتباين فيما بينها تباينا واسعا، وهنا قد تثور تساؤلات فى الذهن، تدور حول عدم التحقق من مدى تجانس التباينات التى تعتبر مطلبا ضروريا لتطبيق أسلوب تحليل التباين من أية رتبة، وهو الأسلوب الذى سنعرض لجداوله الآن سعيا لتحليلات أكثر عمقا، فما هو موقفنا من هذه التساؤلات الآن؟

إزاء هذه التساؤلات وغيرها مثل تلك التى تتصل بإعتدالية التوزيع، يقول: «كوين ماكنمار (Mcnemar, Q., 1979) وكذلك سويف وآخرون (Soueif, M.; etal., 1980, p. 117) رغم أن مثل هذه الإفتراضات متضمنة فى الإستنتاج الرياضى لتوزيع نسب «ف»، ورغم وجود التواء ملحوظ أو تفلطح واضح، أو فروق شديدة التباين، فإن كل هذا لا يفسد أو يعطل إعتمادنا تماما على نسبة (ف) للحكم على الدلالة الإحصائية لتحليل التباين... ويعقب على ذلك بقوله «إذا أراد الباحث أن يكون أكثر ثقة بنتائجه ودلالاتها الإحصائية فيمكنه ألا يقبل إلا فروقا ذات دلالة عند مستوى أكثر حدة وصرامة مثل مستوى ٠,٠١ بدلا من ٠,٠٥ ٠٠٠ وهكذا. ويؤكد هايز (Hays, W. L., 1963. p 281) أن إختبار تجانس التباينات قبل إجراء تحليل التباين لهو إجراء من شأنه تقليص الفائدة العملية المرجوة منه». وينتهى الرأى الآن، إلى أنه يمكننا إستخدام هذا الأسلوب دون إجراء إختبار إحصائى مبدئى للتأكد من مدى تجانس تباين درجات المجموعات (OP. cit.). وفيما يلى سنعرض لجداول تحليل التباين البسيط ثم ذى التصنيف فى إتجاهين.

جدول (٣)

تحليل التباين ودلالة نسبة «ف» لإختبار التعرف السمعى على الكلمات (الذاكرة الآلية)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	تقدير التباين	نسبة ف	دلالتها
بين المجموعات	١٨٨٣,٢٠١	٢	٩٤١,٦	١٦,٩٥	٠,٠٠٠١
داخل المجموعات	٧٦٠٩,٧٩٢	١٣٦	٥٥,٥٤٦		
التباين الكلى	٩٤٩٢,٩٩٣	١٣٨	٦٨,٢٩٥		

جدول (٤)

تحليل التباين ودلالة نسبة «ف» لإختبار بنتون للذاكرة البصرية المباشرة

(الفروق بين الدرجات الفعلية والصحيحة المتوقعة)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	تقدير التباين	نسبة ف	دلالتهـــا
بين المجموعات	٥٥,٧٢٠	٢	٢٧,٨٦٠	٣٣,٥٨	٠,٠٠٠١
داخل المجموعات	١١٣,٦٨٠	١٣٦	٠,٨٣٠		
التباين الكلى	١٦٩,٤٠٠	١٣٨	١,٢١٩		

جدول (٥)

تحليل التباين ودلالة نسبة «ف» لإختبار بنتون للذاكرة البصرية المباشرة

(الفروق بين الدرجات الفعلية والخاطئة المتوقعة)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	تقدير التباين	نسبة ف	دلالتهـــا
بين المجموعات	١٢٠,٣٦٥	٢	٦٠,١٨٢	٤١,٨٥	٠,٠٠٠١
داخل المجموعات	١٩٧,٠٢٨	١٣٦	١,٤٣٨		
التباين الكلى	٣١٧,٣٩٣	١٣٨	٢,٢٨٣		

بالنظر فى الجداول الثلاثة السابقة أرقام (٣، ٤، ٥) يمكن التوصل إلى الآتى:

أن هناك فروقا بين الأسوياء وبين كل من مرضى أمراض القلق العصابية والمرضى الفصاميين المزمنين غير الهذائيين عند تعرضهم للأداء على إختبارات التعرف السمعى على الكلمات أو إختبار بنتون للذاكرة البصرية ـ المكانية المباشرة، سواء بالنسبة للفروق بين الدرجات الفعلية والمتوقعة الصحيحة أو الفروق بين الدرجات الفعلية والمتوقعة الخاطئة، وكانت هذه الفـروق شـديدة الدلالة، وعلى ذلك يعد المرض العـصـابى وكذلك العقلى من المتغيرات السلبية شديدة التأثير على كل من ذاكرة التعرف السمعى (الذاكرة الآلية) أو الذاكرة البصرية المباشرة (الذاكرة النشطة) وإن كان المرض العقلى تأثيره أبلغ وأشد.

ولكن يصعب معرفة من من المجموعات الثلاث هى السبب فى مثل هذه الفروق وزيادة التباين بين المجموعات عن التباين داخل المجموعات ذاتها، ولذا سنعرض لنتائج إختبار «ت» فى الجدول (٦)

جدول (٦)

نتائج المقارنة بين جماعات الدراسة الثلاث على الإختبارات

(باستخدام إختبار (ت))

جماعات المقارنة / الاختبارات	أسواء وعصابيون	دلالتها	أسوياء وفصاميون	دلالتها	عصابيون وفصاميون	دلالتها
ذاكرة التعرف السمعى على الكلمات	٥,٢	٠,٠٠١	٥,٣	٠,٠٠١	٢,٢	٠,٠٥
بنتون للذاكرة البصرية (فروق صحيحة)	٢,٧٢	٠,٠١	٨,٤٣	٠,٠٠٠١	٢,٠٣	٠,٠٥
بنتون للذاكرة البصرية (خام خاطئة)	٣,٠	٠,٠١	١٣,٤	٠,٠٠٠١	٢,٣	٠,٠٥
بنتون للذاكرة البصرية (خام صحيحة)	٨,٩	٠,٠٠٠١	٥,٥	٠,٠٠٠١	٢,٩	٠,٠١
بنتون للذاكرة البصرية (فروق خاطئة)	٩,٥	٠,٠٠٠١	٤,١	٠,٠٠١	٤,٧	٠,٠٠١

وبالنظر فى جدول (٦)، يمكن أن نرصد النتائج الآتية:

١ - أن الأسوياء، كجماعة ضابطة، كانوا أدق فى كلا النوعين من التذكر، السمعى أو البصرى المباشر وبشكل جوهرى، من كل من العصابيين والفصاميين، وهذا يشير إلى أن الصحة النفسية والعقلية للأسوياء هى سبب دقتهم وسبب إيجاد هذه الفروق.

٢ - إن ذاكرة التعرف السمعى على الكلمات (الذاكرة الآلية) أقل تأثرا بالمرض العصابى بالمقارنة إلى تأثرها بالمرض العقلى، حيث كان متوسط أداء الفصاميين أقل من متوسط العصابيين بدلالة إحصائية وراء ٠٥ر، كما مال أداء الفصاميين على هذا الإختبار إلى الإنحراف عن متوسط الأسوياء ما يقرب من ثلاثة إنحرافات معيارية، ومال عن متوسط العصابيين بما يزيد عن إنحرافين معياريين. وهذا دليل على صحة الفرض الثانى.

٣ - إن ذاكرة التعرف السمعى على الكلمات بدت بالمقارنة إلى الذاكرة البصرية المباشرة أقل تأثرا بالمرض العقلى وبشكل دال، وهذا دليل آخر على صحة الفرض الثانى حيث كانت الفروق بين العصابيين والفصاميين فى الذاكرة البصرية المباشرة أشد حدة (١ ر) بالمقارنة إلى الفروق بينهما فى الذاكرة السمعية المباشرة (٠٥ر)، وكان أداء العصابيين هو السبب فى هذه الفروق، لأنهم كانوا هم الأفضل دائما عن الفصاميين.

٤ - أما أنماط الخطأ البصرية على إختبار البنتون، فسنعرض لها عرضا كيفيا فى فقرة مناقشة النتائج.

ولما كان متغير الذكاء قد أدى دورا أساسيا فى تشكيل نتائج الأداء خاصة على إختبار بنتون للذاكرة البصرية لدى كل مجموعة من المجموعات الثلاث، فسنقوم بعرض نتائجه من خلال جداول تحليل التباين ذى التصنيف فى إتجاهين، بعد عرض جدول المتوسطات والإنحرافات المعيارية للمجموعات الفرعية الناتجة عن هذا التحليل.

جدول (٧)

المتوسطات والإنحرافات المعيارية لدى المجموعات الفرعية الست

(بنتون للذاكرة البصرية المباشرة)

الإختبارات / المقارنة	ن	التعرف السمعى		الفروق الصحيحة		الفروق الخاطئة	
		م	ع	م	ع	م	ع
أسوياء منخفضو الذكاء	١٧	٣٦,٥	١,٩٦	١,٢	٠,٤٢٢	١,٩	٠,٩٩٤
أسوياء مرتفعو الذكاء	٣٠	٤١,٦	٤,٠٠	١,٥٧	٠,٥٦	٢,٤	٠,٨٠١
عصابيون منخفضو الذكاء	٢٠	٣٤,٩٥	٥,٥٩	١,٩٥	٠,٨٣	٢,٧	١,١٣
عصابيون مرتفعو الذكاء	٢٥	٣٥,٨٤	٤,٩	٢,٧٢	١,١٤	٣,٧	١,٢٨
فصاميون منخفضو الذكاء	٢٢	٢٨,٤١	٥,٢٣	٣,١٤	١,٠٤	٤,٥	١,٤٤
فصاميون مرتفعو الذكاء	٢٥	٣٤,٤٨	١٣,٧	٢,٩٢	١,٠٤	٤,٦	١,٣٥

التفاعل بين التشخيص والذكاء العام

أسوياء عصابيون فصاميون

منخفضو الذكاء مرتفعو الذكاء منخفضو الذكاء مرتفعو الذكاء منخفضو الذكاء مرتفعو الذكاء

شكل (١) التصميم العاملى المستخدم فى جانب من جوانب هذه الدراسة

جدول (٨)

تحليل التباين الناتج عن الأداء على إختبار التعرف السمعى على الكلمات

فى ضوء التشخيص والذكاء العام

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	تقدير التباين	نسبة ف*	دلالتهـــا
التشخيص	١٣٩١,٦٨٩	٢	٦٩٥,٨٤٤	١٣,٥٤٠	وراء ٠,٠٠١
الذكاء العام	٤٧٩,١٠٨	١	٤٧٩,١٠٨	٩,٣٢٣	وراء ٠,٠٠١
التفاعل بين التشخيص والذكاء	١٦٧,٤٨٥	٢	٨٣,٧٤٣	١,٦٣٠	غير دالة
البواقى	٦٨٣٥,٠٧١	١٣٣	٥١,٣٩٢		
المجموع	٩٣٥٢,٩٢١	١٣٨	٦٧,٧٧٥		

* ف عند مستوى ٠,٥ = ٢,٨٩ ، وعند مستوى ١ .ر = ٥,٧٩ ، وعند مستوى ٠,٠٠١ = ١٠,٨٣

جدول (٩)

تحليل التباين الناتج عن الأداء على إختبار بنتون للذاكرة البصرية المباشرة

أ - الفروق بين الدرجات الفعلية والصحيحة المتوقعة على ضوء التشخيص والذكاء

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	تقدير التباين	نسبة ف*	دلالتهـــا
التشخيص	٥٨,١٨٣	٢	٢٩,٠٩٢	٣٦,٨١٤	وراء ٠,٠٠٠١
الذكاء العام	٢,٥٩١	١	٢,٥٩١	٣,٢٧٩	٠,٠٥
التفاعل بين التشخيص والذكاء	٥,٦٠٨	٢	٢,٨٠٤	٣,٥٤٨	٠,٠٣
البواقى	١٠٥,١٠٢	١٣٣	٠,٧٩٠		
المجموع	١٦٨,٩٠٦	١٣٨	١,٢٢٤		

جدول (١٠)

تحليل التباين الناتج عن الأداء على إختبار بنتون للذاكرة البصرية المباشرة

ب - الفروق بين الدرجات الفعلية والخاطئة المتوقعة على ضوء التشخيص والذكاء

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	تقدير التباين	نسبة ف	دلالتهـــا
التشخيص	١٢٩,٥٧٧	٢	٦٤,٧٨٨	٤٧,٢٢١	٠,٠٠٠١
الذكاء العام	٩,٦٠٠	١	٩,٦٠٠	٦,٩٩٧+	وراء ٠,٠٠١
التفاعل بين التشخيص والذكاء	٤,٤٢١	٢	٢,٢١١	١,٦١١	غير دال
البواقى	١٨٢,٤٨١	١٣٣	١,٣٧٢		
المجموع	٣١٧,٠٢٢	١٣٨	٢,٢٩٧		

بمراجعة الجداول الثلاث (٨، ٩، ١٠) السابقة، يمكن التوصل إلى الآتى:-

١ - بالنسبة للمقارنة بين المجموعات وداخلها فى الأداء على إختبار التعرف السمعى أو بنتون للذاكرة البصرية المباشرة بدرجتيه، تبين أن متغير التشخيص، أى كلا من المرض العصابى والمرض العقلى، فى مقابل السواء، يؤدى الدور الأساسى كمتغير مستقل فى التأثير السلبى على التذكر السمعى المباشر والتذكر البصرى الفورى، وكانت الفروق فى حالة التذكر البصرى، خاصة الفروق فى الدرجات الخاطئة أشد حدة بالمقارنة إلى الفروق فى التذكر السمعى، مما يشير إلى أن التذكر البصرى الفورى يكون أكثر تضررا من المرض النفسى أو العقلى بالمقارنة إلى تضرر التذكر السمعى المباشر.

٢ - بالنسبة للذكاء العام، كمتغير مستقل آخر ثانى، تبين أنه يلى متغير التشخيص فى التأثير على الذاكرة السمعية أو البصرية المباشرة، حيث كانت دلالة الفروق أقل حدة منها فى حالة التشخيص.

٣ ـ بالنسبة للتفاعلات بين التشخيص والذكاء العام، فلم تكن دالة فى تأثيرها معا على الأداء إلا فى حالة الفروق فى الدرجات الصحيحة، مما يشير إلى أن كلا منهما يؤدى دوره مستقلا عن الآخر فى التأثير على كلا النوعين من التذكر.

وبالنظر فى الجدول (١١) يمكن الخروج بالنتائج الآتية:ـ

١ ـ بالنسبة لإختبار التعرف السمعى على الكلمات الذى يقيس الذاكرة السمعية المباشرة والتى أطلقنا عليها مسمى الذاكرة الآلية، تبين أنه قد أمكنه التمييز تجريبيا بين الأسوياء والمرضى النفسيين من ناحية، ثم بين العصابيين والفصاميين من ناحية أخرى، على ضوء دلالات إحصائية تتراوح بين ٠٥. (فى حالة المقارنة بين الفئتين المرضيتين)، ٠,٠٠٠١ (فى حالة المقارنة بين الأسوياء وكل من العصابيين والفصاميين، كل جماعة منهما على حدة)، مما يثبت أيضا صحة الفرض الأول، كما يجيب على الجزء الأول من أسئلة الدراسة.

٢ ـ أما إختبار آرثر بنتون A. Benton لقياس مدى إضطراب الذاكرة البصرية ـ المكانية المباشرة، والتى أطلقنا عليها مسمى الذاكرة النشطة، على ضوء قدرتها على الإستدعاء الدقيق دون وجود مساعدات خارجية، فقد حللنا بياناته الواقعية لدى مجموعات الدراسة الثلاث مرتين، مرة كمتوسطات وإنحرافات معيارية تم إستخدامها بغض النظر عن تدخل عاملى العمر ومستوى الذكاء العام اللذين قنن الإختبار أصلا على اساسهما ويعرض لنتائج (هذا التحليل الجدول ٦ السابق)، وحللناها مرة أخرى على ضوء تدخل هذين العاملين (العمر والذكاء)، لنرى هل ستختلف قدرته على التمييز بين فئات الدراسة وبعضها البعض فى الحالتين أم لا؟. وإذا إختلفت، فما ستكون وجهة الفروق؟.

جدول (١١)

نتائج المقارنة بين جماعات الدراسة الست الفرعية على إختبارات الدراسة باستخدام إختبار «ت»

الاختبارات	التعرف السمعى على الكلمات (ذاكرة آلية)		بنتون (فروق صحيحة)		بنتون (فروق خاطئة)	
مجموعات المقارنة	قيم ت	دلالتها	قيم ت	دلالتها	قيم ت	دلاتها
أسوياء منخفضو الذكاء * أسوياء مرتفعو الذكاء	٥,٦٧	٠,٠٠٠١	٢,٢٨	٠,٠٤	١,٥٦	غير دال
أسوياء منخفضو الذكاء * عصابيون منخفضو الذكاء	٢,٦٥	٠,٠١	٢,٨٧	٠,٠٣	٢,٦٣	٠,٠٣
أسوياء منخفضو الذكاء * عصابيون مرتفعو الذكاء	٢,٠٨	٠,٠٥	٣,٦١	٠,٠٠١	٣,٧٢	٠٠١ر
أسوياء منخفضو الذكاء * فصاميون منخفضو الذكاء	٨,٥٧	٠,٠٠٠١	٥,٢٤	٠٠٠١ر	٦,٤٢	٠٠٠١ر
أسوياء منخفضو الذكاء * فصاميون مرتفعو الذكاء	٢,٤٣	٠,٠٥	٣,٧٦	٠٠١ر	٦,٥٣	٠٠٠١ر
أسوياء مرتفعو الذكاء * عصابيون منخفضو الذكاء	٣,٣٢	٠,٠١	١,٤٢	غير دال	٠,٦٧	غير دال
أسوياء مرتفعو الذكاء * عصابيون مرتفعو الذكاء	٥,٧٦	٠,٠٠٠١	٢,٩٣	٠,٠١	٢,٥١	٠٤ر
أسوياء مرتفعو الذكاء *فصاميون منخفضو الذكاء	٨,٨٩	٠,٠٠٠١	٤,٢٥	٠,٠٠١	٣,٨١	٠٠١ر
أسوياء مرتفعو الذكاء * فصاميون مرتفعو الذكاء	٧,١٢	٠,٠٠٠١	٢,٣٧	٠,٠٣	٣,٨٩	٠٠١ر
عصابيون منخفضو الذكاء * عصابيون مرتفعو الذكاء	٠,٥٦	غير دال	٢,٦٣	٠,٠١	٢,٨٤	٠١ر
عصابيون منخفضو الذكاء * فصاميون منخفضو الذكاء	٤,٢٣	٠,٠٠١	٣,١٤	٠,٠١	٣,٧٧	٠,٠٠١
عصابيون منخفضو الذكاء * فصاميون مرتفعو الذكاء	٠,٤٧	غير دال	٢,٧٥	٠,٠١	٣,٨١	٠,٠٠١
عصابيون مرتفعو الذكاء * فصاميون منخفضو الذكاء	٥,٨٢	٠,٠٠٠١	١,١٣	غير دال	٢,٤٣	٠,٠٥
عصابيون مرتفعو الذكاء * فصاميون مرتفعو الذكاء	٠,٦٧	غير دال	٠,٧٦	غير دال	٢,٦٧	٠,٠٣
فصاميون منخفضو الذكاء * فصاميون مرتفعو الذكاء	٣,٥٧	٠,٠١	٠,٧١	غير دال	٠,٣٤	غير دال

على أية حال، تشير النتائج (التى يعرض لها الجدولان ٦، ١١) إلى أن هذا الإختبار إستطاع التمييز بشدة بين فئات الدراسة الثلاث وبعضها البعض، سواء أكان ذلك فى حالة تدخل عاملى العمر والذكاء العام أم فى حالة الدرجات الخام، وسواء أكانت الدرجات صحيحة أم خاطئة. لكن الملاحظ هنا أن مستوى الدلالة الاحصائية كان أكثر حدة فى حالة تدخل عاملى العمر والذكاء العام، بالمقارنة إلى مستويات الدلالة فى حالة الدرجات الخام الصحيحة أم الخاطئة.

٣ ـ كما تبين من نتائج الأداء على هذا الإختبار أن متوسط الفروق بين الدرجات الخاطئة الفعلية والدرجات الخاطئة المتوقعة منهم، على ضوء كل من العمر والذكاء، كان أشد قدرة على التمييز من نظيره الخاص بالدرجات الصحيحة، حتى لدى المجموعة التى لا تعانى من أى إضطرابات نفسية. وربما كان التفسير الملائم هنا هو التفسير الإحصائى، ومؤداه أن سقف الدرجات الصحيحة محدود التباين (عشر درجات فقط هى عدد البطاقات) بينما كان سقف الدرجات الخاطئة أعلى من ذلك بكثير (قد يصل فى بعض الأحيان لدى المرضى الفصاميين إلى ٣٠ درجة)، مما يتيح الفرصة لمزيد من التباين فى الأداء.

ولكن لحسن الحظ كان إتجاه الفروق سواء فى ضعف التذكر السمعى المباشر أم التذكر البصرى الفورى، إتجاها واحدا، وهو أن الأسوياء يتسمون، فى حدود هذه الدراسة، بالدقة فى التذكر السمعى أم البصرى المباشرين، بينما كانت مجموعة أمراض القلق العصابية أقل دقة، فى حين كان الفصاميون المزمنون غير الهذائيين يتسمون فيهما بالتدهور الشديد.

٤ ـ تبين أنه كلما كان الإنسان العادى أو المريض، سواء أكان نفسيا أم عقليا، أقل ذكاء وأكبر عمرا، كان أشد تدهورا فى كلا النوعين من التذكر والعكس صحيح. كما تبين أن درجات العصابيين الصحيحة المتوقعة للذاكرة البصرية كانت أفضل جوهريا من درجات الفصاميين، وكانت كلتاهما درجات أقل من المتوقع بالمقارنة إلى أعمارهم ومستوى ذكائهم، فى حين كانت درجات التذكر البصرى الخاطئة لدى العصابيين أقل جوهريا من نظيرتها لدى الفصاميين، وكانت كلتاهما درجات أكثر من المتوقع بالمقارنة لأعمارهم ومستوى ذكائهم، بينما لم تكن المجموعة الضابطة كذلك فى كلا المؤشرين السابقين، لأن درجاتهم الصحيحة أو الخاطئة على هذا الإختبار كانت، فى معظم الحالات، فى المستوى المتوقع أو أفضل قليلا.

٥ ـ كان الأسوياء ذوى الذكاء المرتفع أدق وأفضل جوهريا فى التذكر السمعى أو البصرى من كل من الأسوياء منخفضى التذكر أو العصابيين أو الفصاميين، سواء أكانوا مرتفعى أم منخفضى الذكاء، يليهم العصابيين مرتفعو الذكاء، فمنخفضو الذكاء، ثم أخيرا الفصاميون. ولكن فى حالة المرضى الفصاميين لم تكن هناك فروق دالة بين مرتفعى الذكاء ومنخفضيه، مما يشير إلى أن المرض العقلى هو السبب الأساسى فى هذه الفروق فى التذكر السمعى أو البصرى، يليه المعاناة من أمراض القلق العصابية، يليه متغير الذكاء العام.

٦ ـ وأخيرا كان أشد الإختبارات تمييزا بين فئات الدراسة وبعضها البعض، إختبار التعرف السمعى على الكلمات، يليه مقياس الفروق فى الدرجات الخاطئة من إختبار بنتون للذاكرة البصرية، فمقياس الفروق فى الدرجات الصحيحة المنبثق عن الإختبار نفسه.

مناقشة النتائج

لقد أيدت نتائج الدراسة الحالية الفروض التى طرحتها منذ البداية جملة وتفصيلا، حيث كان التذكر السمعى أو البصرى المباشرين لدى الأسوياء أكثر دقة وبشكل جوهرى بالمقارنة إلى كل من العصابيين والفصاميين، يليهم العصابيون، فالفصاميون أخيرا. كما أثبتت الدراسة أن ذاكرة التعرف السمعى المباشرة (الآلية) كانت أقل تضررا وبشكل دال إحصائيا، سواء من المرض العصابى أو المرض العقلى بالمقارنة إلى نظيرتها الأخرى وهى الذكرة البصرية ـ المكانية الفورية (الذاكرة النشطة). كما إنتهت هذه الدراسة إلى أن إختبار التعرف السمعى على الكلمات، وهو إختبار جديد فى مجالات علم النفس الإكلينيكى، وإختبار آرثر بنتون للذاكرة البصرية المباشرة، قد أمكنهما التمييز موضوعيا بين الأسوياء والمرضى النفسيين من ناحية، ثم بين الأسوياء ومرضى أمراض القلق العصابية، ومرضى الفصام المزمن غير الهذائى، كل جماعة منهما على حدة، من ناحية أخرى. وذلك كله فى إطار جمهور المرضى النفسيين بجنوب المملكة العربية السعودية.

يبقى الإشارة إلى الفرض الثالث لهذه الدراسة والمتصل بأنماط الخطأ فى التذكر والتى يتسم بها كل من المرضى

العصابيين والمرضى الفصاميين. بداية لابد من الإشارة إلى أننا لم نتمكن من تحليل نتائج هذا الفرض إحصائيا، ومن ثم سنعتمد على تحليل مضمون الأخطاء لدى كل فئة من فئات الدراسة الثلاث فى التذكر السمعى أو البصرى، وسنؤيد نتائجنا بما انتهت إليه الدراسات السابقه ما أمكن ففيما يتصل بهذا الفرض تبين أن الأسوياء كانت معظم اخطائهم، سواء على اختيار التعرف السمعي أو اختبار بنتون، عبارة عن نسيان أو حذف بعض الكلمات أو نسيان رسم شكل من الأشكال الهامشية، كما كانوا يقعون فى خطأ ابدال مواضع الاشكال الهامشية ولكن كان النسيان لديهم هو أبرز الاخطاء أما المرضى العصابيون فكانوا أسرع فى الاستجابة بالمقارنة إلى كل من الأسوياء والفصاميين وكانت معظم اخطائهم على إختبار التعرف السمعى هى الحذف أو النسيان (نسيان بعض كلمات قائمة اختبار التعرف السمعى هى الحذف أو النسيان) نسيان بعض كلمات قائمة اختبار التعرف السمعى أو البصرى، وبعض اشكال اختبار بنتون، لكن الجديد هنا هو أن ظاهرة النسيان كانت أشد وضوحا لديهم، كما أنهم كانوا يقعون كثيرا فى أخطاء التشويه distortion وأخطاء الحجم، وإضافة بعض التفاصيل التى لم تكن موجودة فى الرسم الأصلى. وربما كان تفسير ذلك أن شدة القلق التى يعانون منها تجعل عملية تسجيل المعلومات وترميزها تعجز إلى حد ما عن أداء دورها فيترتب على ذلك أن يكون الاستدعاء أو التعرف مشوها، مهما كانت المهمة المطلوب إنجازها سهلة ومهما كانت كثرة المساعدات الخارجية، وأنه كلما إزدادت صعوبة المهمة، كما هى الحال فى إختبار بنتون الذى يعتمد على جهد الإستدعاء، إزداد تشويه المعلومات.

أما المرضى الفصاميون فقد وقعوا فى مزيد من أنماط الأخطاء كما وكيفا. فمن حيث الكيف، زاد على نسيانهم لكثير من كلمات إختبار التعرف السمعى، أنهم كانوا يستجيبون بكثير من الكلمات من عندياتهم، وكانت الإضافة على نوعين، كلمات لا أصل لها من القائمة، وربما كان سبب ورود هذا النوع من الكلمات على ألسنتهم هو إنشغالهم الشديد بعالمهم الخاص وخبراتهم الذاتية، كالإجابة بكلمات: وعكة وكهرباء، ومرض، ومجنون، وولدى، البطح (رمال الصحراء) ... الخ، أما النوع الثانى فهو إضافة كلمات يكون إرتباطها بالكلمات إرتباطا يقوم على التجانس الصوتى فقط، مثال ذلك أن يرد على كلمة إستقرار بكلمة إستمرار، وعلى كلمة هدية بكلمة منية، وعلى كلمة فلاح بكلمة ملاح، وينسى تماما المهمة المنوط به إنجارها أصلا وهى التعرف من القائمة التى تتلى عليه، على الكلمات التى سبق له سماعها. وربما كان سبب ذلك لدى الفصاميين أنهم يسجلون الكلمات وفقا لصدى الصوت أو ما يسمى لدى ألريك نيسر، ١٩٦٧، بالذاكرة الصدوية Echoic memory أى وفقا لخصائصها الصوتية وليس وفقا لمعانيها ودلالاتها، مما يجعل فقدانها أيسر وأسرع، أو يأتى عنذ الإجابة عليها ببديل له ذات الخصائص الصدوية. وما يؤيد صحة هذا الزعم الذى سقناه، أن بعض النتائج الحديثة قد أيدت صحة هذا الفرض. فقد أشار «كرودر» (Croweder, 1981) وكذلك (Routh & Mayers, 1984) إلى أن الذاكرة الصدودية تنهض فقط باستقبال وتخزين الخصائص العرضية الخارجية Extrinsic للمنبهات اللغوية السمعية، ولكنها لا تنهض أبدا بتخزين المنبهات الأصلية Intrisic الجوهرية (لتحديد معانيها ودلالاتها، ظلالها وشحناتها الانفعالية، تكرار استخدامها فى اللغة، تغير المعنى بتغير مواضعها فى السياق).

كما تبين فى دراستنا الحالية الوقوف على مشاهدة هامة لدى الفصاميين عند أدائهم على الإختبار نفسه (التعرف السمعى) مؤداها، أنهم يتذكرون تماما الكلمات الأولى والأخيرة فى القائمة دون تحريف أو تشويه. وهذه النتيجة تتسق تماما مع ما إنتهت إليه بعض الدراسات إلى أن الفصاميين يعانون من عجز فى إدراك معانى الكلمات ودلالاتها ولذلك فهم يسجلون الكلمات حسب خصائصها الصوتية المسموعة إذا جاءت على شكل مفرادات، أما إذا جاءت على شكل جمل، فيمكنهم إدراك معانيها بشرط سماعها جيدا والتركيز عليها، وهذا بالضبط هو ما أشار إليه بعض الباحثين باسم أسلوب «تأثير النهايات التى لا تغير معانى الألفاظ والكلمات التنبيهية السمعية Stimulus Suffix (SSE) effect» حيث يقصدون بأنه إذا تخطت كلمات القائمة سعة الذاكرة السمعية، فإن المفحوص يمكنه إستدعاء الكلمات الأخيرة من القائمة بناء على خصائصها الصدوية وليس بناء على معانيها ودلالاتها. وهذا ما حدث فعلا لدى الفصاميين فى دراستنا هذه، فالقائمة طولها خمسين بندا مزدوجا، وسعة الذاكرة الصدوية، حسب كلام نيسر، لا تزيد عن خمس مفردات بانحراف معيارى قدره مفردتان (Solso, R., 1991, p. 119) وهى ذاكرة حسية بالدرجة الأولى، ومن ثم لم يكن

لدى الفصاميين مقر إلا التعرف على الكلمات الأولى والأخيرة فى القائمة بناء على خصائصها الحسية السمعية.

أما أنماط أخطائهم فى إختبار بنتون للذاكرة البصرية المباشرة، فكانت على التوالى: التشويه، والتمادى الحذف والإضافة، أخطاء الحجم فى إتجاه التصغير، الإبدال، التدوير. ويتسق ترتيب ما وقع فيه الفصاميون من أخطاء مع ما ورد حديثا فى عدد من الدراسات، ومؤدى هذه النتائج جميعا «أن الفصاميين يفشلون فى التذكر البصرى المباشر لأنهم يفشلون فى عملية ترميز المعلومات بشكل تلقائى وتحويلها إلى أنماط وصيغ دلالية منظمة، كما أن خططهم فى إسترجاعها خططا مهلهلة ومفككة بشكل واضح (Gold, J. M., & Others, 1992.p 489). فى حين أن البعض الآخر يرى أن هذه الأنماط المختلفة من الخطأ مردها العجز الأساسى فى عمليات الانتباه والتركيز (Gjerde, 1983) ولكننا ضبطنا تأثير هذا المتغير فى دراستنا هذه ومن ثم فإن هذه تعد حجة داحضة وهذا ما أثبتته بعض الدراسات المعاصرة (Op.cit). ويرى فريق ثالث أن أسباب الوقوع فى مثل هذه الأخطاء هو الإضطراب الذى يصيب عمليات الضبط والتحكم الإجرائية أو التنفيذية، كما يطرح البعض كل التفسيرات السابقة جملة واحدة (Goldberg, Weinberger, and others, 1989) ولكن الملاحظ من وجهة نظرنا، أن كل التفسيرات النظرية التى طرحت حتى الآن، تنطبق، من ناحية، على اضطرابات الأداء التى يتطلب إنجازها أنواعا من العمليات المعرفية والمجهودات العقلية التخطيطية النشطة، أو أنواعا من المعالجة المعرفية الشاقة، كما هى الحال فى قوائم التعلم التى يتطلب الإحتفاظ بها ذهنيا، تكرارها مرات عديدة، وإغفالها دور الأسس العصبية للتذكر من ناحية أخرى.

وبعد مناقشة نتائج الفرض الثالث فى هذه الدراسة لابد أن نشير إلى أن نتائجها بصفة عامة تتسق مع ما ورد من نتائج فى المراجعات التى أجراها روبرت بين،للإضطرابات المعرفية فى ضوء المعاناة من الأمراض النفسية والعقلية (بين، ١٩٩٣، ص١٠٩)، فقد أشارت هذه المراجعات إلى أن المرضى الفصاميين، كمجموعة كانوا أسوأ فى أدائهم جوهريا من الأسوياء، وأن الفصاميين لهم قوى للذاكرة المباشرة يمثل حوالى ٥٠٪ من مدى الذاكرة المباشرة للأسوياء. وفى دراسة أجراها سبون Spohn ومعاونوه (١٩٧٠) باستخدام المقاطع الصماء تبين من خلالها أن مرضى الفصام أضعف جوهرياً من الأسوياء فى التذكر المباشر بهذه المقاطع الصماء، وكانت الفروق بين المجموعات الفصامية النوعية جميعا فروقا غير دالة (من خلال المرجع السابق).

وفى إطار التفسيرات المطروحة للفروق الحادة بين الأسوياء والعصابيين (أمراض القلق والوسواس القهرى والهستيريا والمخاوف) من ناحية والفصاميين المزمنين غير الهذائيين من ناحية أخرى، تشيرالأدلة العلمية المستقاة من بعض التجارب الحديثة إلى أن الأداء السيء للمرضى العقليين على إختبارات سعة الذاكرة المباشرة قد يكون راجعا إلى عوامل متعددة تتضمن قدرتهم على التركيز على المواد موضع التنبيه، وقدرتهم على تنظيم هذه المواد ليكون تذكرها أكثر سهولة حيثما يمكنهم ذلك (مثال ذلك عندما تكون المادة المطلوب تذكرها ذات معنى)، والسرعة التى يستطيعون بها تذكر المعلومات قبل فقدانها بمضى الوقت، وهذه عوامل كلها يعانى منها المرضى الفصاميون سلبياً ومن ثم نقترح فى هذا الصدد ضرورة ضبط كل هذه العوامل مجتمعة أولا، ثم يلى ذلك تقدير الفروق الفردية بشكل نقى فى سعة الذاكرة المباشرة بذاتها فقط، وأى بحوث أخرى فى هذا الإتجاه ستكون مفيدة.

كذلك من الإحتمالات المطروحة على أساس كيميائى (Kresner, 1983; and P. Bower, 1981, 153) والتى تفسر الفروق فى ضعف الذاكرة بين الأسوياء والعصابيين من ناحية، والمرضى الفصاميين المزمنين من ناحية أخرى، هو ضعف عملية تثبيت Consolidation المعلومات وقدرة الفصاميين العقلية على تحويل هذه المعلومات من طبيعة حسية عصبية إلى طبيعة دلالية ورمزية وهى بالطبع قدرة متدنية لديهم. كما ناقش هؤلاء الباحثين مدى توقف نشاط الذاكرة السمعية المباشرة والبصرية الفورية على الحالة المزاجية والذهنية للفرد. وتبين من خلال هذه الدراسات أن إعادة الفرد المريض إلى حالته المزاجية السوية التى كان عليها أثناء تعلمه بعض الخبرات يؤدى إلى تحسن قدرته على إستدعاء هذه الخبرات أو الأحداث، خاصة عند محاولة الفرد تذكر هذه الأحداث وفقا لترتيبها الزمنى أو ترتيب حدوثها.

بقى الإشارة إلى التفسيرات العصبية ـ التشريحية، ومدى تأثير الأدوية والعقاقير الطبية النفسية على نشاط الذاكرة الآلية والنشطة. إذ من المحتمل أن يكون السبب فى فشل الفصاميين

أو العصابيين فى القدرة على ترميز المعلومات راجعا جزئيا إلى الإضطرابات التى تصيب العمليات الآلية أكثر من كونها راجعة إلى الإضطرابات التى تصيب العمليات العقلية النشطة التى تحافظ على البقية الباقية من القدرة على التذكر.

وينهض بالنشاط المخى للتذكر السمعى والبصرى مناطق عديدة منها: المنطقة الوسطى من الفص الصدغى والمخ المتوسط واللحاء الأمامى (للفص الجبهى)، والوظيفة المساعدة للذاكرة (Squire, 1987)، اذ تتفاعل هذه الأبنية المخية وتنشط معا فى لحظة واحدة وفقا لما لاحظه بعض الباحثين فى دراساتهم على القردة عند أدائهم لبعض أنشطة التذكر، إنطلاقا من نظرية المعالجة التوزيعية المتوازية المعروفة إختصارا باسم (PDP) التى تسود كل من علم النفس المعرفى والعصبى الآن (Friedman, J., & Goldman, 1990) وترى هذه النظرية أن التوزيع التشريحى الواسع لنشاط المخ فى آن واحد معا، وما يترتب عليه من تنشيط لمجموعة متباينة من العمليات المعرفية يجعلها تسهم جميعا فى إنجاز عمليات ترميز المعلومات مهما كانت كثرتها وبما يتفق ووسع قنوات التوصيل ووسع طاقة التخزين، ومن ثم فإن أى عطب عضوى أو أى إضطراب وظيفى يصيب أية وحدة من هذه الوحدات التشريحية أو أية عملية من هذه العلمليات الوسيطة، سيجعل عمليات الإستدعاء والإسترجاع والتعرف معرضة للفشل بدرجات متفاوته تتفق ودرجة هذا العطب أو الخلل الوظيفى .ومما يؤيد صحة هذه النظرية إل حد ما، ما أشارت إليه بعض الدراسات بأن ،الإضطرابات التشريحية والفسيولوجية قد تجعل النشاط المتآنى والمتآزر للمخ يعجز عن تنشيط عملية الإستدعاء لدى كل من العصابيين والفصاميين بعامة، ومن أصيبوا لأول مرة بمرض الفصام أو من يعانون من إصابات تحت تشريحية بخاصة (Weinberger & Berman, 1988) وأن مناطق عديدة من المخ خاصة المضادة مدها قد تسهم فى ملاحظة إضطرابات عديدة فى كل أنماط الإستدعاء والتعرف والإسترجاع.

ورغم كل ماسبق،فلا نستطيع حتى الآن أن نعزو ضعف التذكر لدى عيناتنا إلى منطقة تشريحية بعينها. فمثلا قد أشارت بعض الدراسات إلى أن خلل الفص الجبهى قد يسبب خللا فى عمليات ترميز المعلومات السياقية والرمزية وفى عمليات التخطيط Strategic processes (Schacter, 1987)، بينما قد تؤثر إضطرابات الفص الصدغى فى الترميز الدلالى (Herman, W., & others, 1987). ومما هو جدير بالذكر أن ذاكرتا التعرف والإستدعاء لمهام إختبار ما شكلان من التذكر لا يضطربان عند الأداء خاصة إذا كان المرضى العصابيين أو الفصاميين يعانون من إضطرابات فى الفص الجبهى، بينما تتدهور عمليات إستدعاء موضوع ما إذا كان هؤلاء المرضى أنفسهم يعانون من بعض الآفات أو الأعطاب التشريحية فى الفص الصدغى (Frish & Miller, 1990) كما أنه قد تبين أن ذوى الأعطاب التشريحية فى الفص الصدغى (Frish & Milker, 1990) كما أنه قد تبين أن ذوى الأعطاب العضوية الواضحة العامة يعانون من عجز فى إستدعاء القصص (راجع : (Goldberg,etal, 1990). وقد أشارت دراستنا هذه إلى وجود خلل فى ذاكرة التعرف السمعى على الكلمات، مما يضيق حدود الفرض الذى يرى أن الفص الجبهى له دور أساسى فى إضطرابات الذاكرة، سواء لدى العصابيين أم المرضى الفصاميين (Gold, and others, 1992, P. 492).

الكلمة الأخيرة فى هذا السياق، أن عيناتنا قد تلقت علاجاً وأدوية مضادة إما للقلق أو للمرض العقلى أثناء إجراء الدراسة. فما هو تأثير ذلك على الذاكرة السمعية أو البصرية؟.

بالإضافة إلى ما ذكرناه من خلاصات حول هذا الموضوع فى صدر هذه الدراسة فانه يبدو أن تأثير هذه الأدوية الطبية النفسية تأثير ضئيل للغاية، وذلك وفقاً لما ذكرته أحدث التقارير العلمية فى هذا الصدد (Spohn & Strass, 1989) ومع ذلك فإن الآثار السلبية لهذه الأدوية على ذاكرة الأسوياء ومرضى الفصام قد أشارت إليها بعض الدراسات (ibid) خاصة مضادات حمض الكولين anticolinergic drugs، فقد تبين أن تأثيرها أكثر إتساقاً مع إضطرابات ذاكرة الإستدعاء الحر، فى حين أن هناك خلطاً فى نتائج الأدوية المضادة للقلق لدى العصابيين ومدى تأثيرها السلبى على كل مهام الإستدعاء الإسترشادى Cued recall والتعرف (Strauss and others, 1990). كما أنه قد أمكن إستنتاج أن إضطرابات مهام ذاكرة التعرف الآلية التى تم ملاحظتها فى دراستنا هذه قد إتسعت لتشمل أية فروق فى الإستدعاء الكلى سواء لدى المرضى الذين خضعوا للعلاج وهؤلاء الذين لم يخضعوا له. وبذلك يحق لنا القول الآن، أن القول الفصل فى هذا الموضوع لم نصل إليه بعد، فضلًا عن أنه من الصعب أن نعزو ضعف

الذاكرة السمعية (الآلية) أو البصرية (النشطة) إلى الآثار السلبية للعقاقير النفسية دون الفعل الخالص للمعاناة من المرض النفسى أو المرض العقلى.

والدليل على ذلك، أن لدينا الكثير من الدراسات العلمية القديمة التى تشير إلى وجود إضطرابات وظيفية وعضوية فى الذاكرة، سواء لدى العصابيين أو المرضى الفصاميين، قبل أن يظهر عصر العلاج بالأدوية، بما فيها أدوية الأعصاب (راجع مثلا: Rapaport Gill & Schafer, 1945) فى كتابهم المشهور عن الإختبارات التشخيصية. كما أنه يبدو أن إضطرابات ذاكرة التعرف كانت قد تم إكتشافها لدى أطفال لم يتلقوا علاجاً بهذه الأدوية، وكانوا يعانون من مشكلات ولادية نشوئية genetic risk (Ruts chmann and others, 1980 ـ)، ولذا فإن معظم الأدلة العلمية تشير إلى أن إضطراب الذاكرة يعد إضطراباً أساسياً لدى المرضى الفصاميين، وغير أساسى لدى المرضى العصابيين، كما أنه ليس إضطراباً راجعاً بأى حال من الأحوال للعلاج بالأدوية الطبية النفسية.

إذن يمكن أن نستنتج أخيراً أن التفسير المعرفى الواضح، المتمثل فى العجز الذى يصيب عمليات التمثيل العقلى mental representaion، هو التفسير الأمثل لكل أنواع الفشل التى تصيب الذاكرة السمعية المباشرة (الآلية) أو الذاكرة البصرية ـ المكانية الفورية (النشطة) أو التى تصيب عمليات عقلية عليا أخرى، كالتفكير التجريدى أو التركيز أوالتصور العقلى، كما أن جزءاً من هذه الإضطرابات التى تصيب وظيفة التذكر السمعى والبصرى، سواء لدى العصابيين أوالفصاميين، يمكن رده إلى القصور فى النشاط المخى العام، أو القصور فى عملية ترميز المعلومات، أو نتيجة لخور وضعف عام فى الدافعية. وينسحب ذلك على التذكر الذى يتطلب جهداً عقلياً متواصلاً sustained effort أو ذلك التذكر الذى يتطلب جهداً عقلياً ضئيلاً.

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى أنماط الفشل التى تعانى منها ذاكرة التعرف السمعى على الكلمات (الذاكرة الآلية) فى مقابل الذاكرة البصرية ـ المكانية المباشرة (الذاكرة النشطة) لدى كل من العصابيين والفصاميين والأسوياء. ولقد إستخدمنا فيها بطاريتين من الإختبارات، إحداهما لضبط المتغيرات الداخلية، والثانية لتقدير مدى إضطراب التذكر السمعى المباشر (إختبار التعرف السمعى على الكلمات) والتذكر البصرى ـ المكانى الفورى (إختبار بنتون للذاكرة البصرية المباشرة)، وحصلنا من هذا الإختبار الأخير على أربعة مقاييس فرعية هى: مقياس الدرجة الخام الصحيحة، ومقياس الدرجة الخام الخاطئة، وهما الدرجتان اللتان حصلنا عليهما دون أن نأخذ فى حسابنا دور العمر والذكاء العام، ثم مقياس الفروق بين الدرجتين الفعلية والمتوقعة الصحيحة، فمقياس الفروق بين الدرجتين الفعلية والمتوقعة الخاطئة، على ضوء متغيرى العمر والذكاء اللذين نستخرج الدرجات من إختبار بنتون على ضوئهما. وقد تم تطبيق هاتين البطاريتين على ثلاث مجموعات من الذكور السعوديين الراشدين، منهما مجموعتان تجريبيتان هما: مرضى أمراض القلق العصابية (ن = ٤٥)، ومجموعة مرضى الفصام المزمن غير الهذائى (ن = ٤٧) فى مقابل مجموعة ضابطة من الأشخاص العاديين (ن = ٤٧)، وكانت كل المجموعات متكافئة على أساس متوسطات كل من العمر والمستوى التعليمى والجنس ومدة الإقامة بالمستشفى والإزمان وتركيز الإنتباه.

وقد إنتهت الدراسة إلى أن الأسوياء لا يعانون من فشل سواء فى الذاكرة السمعية أو فى الذاكرة البصرية، وكانت معظم أخطائهم هى النسيان والإبدال، بينما كان العصابيون أكثر فشلاً فى كلا النوعين من التذكر، وكانت أخطاء التذكر تتجسد فى النسيان والتشويه وأخطاء الحجم والإبدال، فى حين كان الفصاميون شديدى التدهور فى كلا النوعين من التذكر، وكانت معظم أخطائهم هى: النسيان والتمادى والحذف والإضافة، والرنين الصوتى، والتشويه، وتصغير الحجم، والتدوير، والإبدال. كما إنتهت إلى أن الذاكرة البصرية أشد تأثيراً بالمرض وبشكل جوهرى بالمقارنة إلى ذاكرة التعرف السمعى. وكان أفضل الإختبارات تمييزاً بين فئات الدراسة وبعضها البعض، إختبار التعرف السمعى، فمقياس الفروق بين الدرجة الخاطئة الفعلية والمتوقعة، ثم أخيراً مقياس الفروق فى الدرجة الصحيحة الفعلية والمتوقعة.

هذا وقد ناقشنا كل النتائج السابقة، وتم تفسيرها على ضوء نظريات التذكر، وبعض حقائق علم النفس المعرفى، ونظرية المعالجة التوزيعية المتوازية، وبعض عمليات التمثيل العقلى، ثم أخيراً الأسس العصبية والفسيولوجية للتذكر، وتأثير العلاج بالأدوية الطبية النفسية على ذاكرتى التعرف السمعى والإستدعاء البصرى المكانى للأشكال.

المراجع العربية

١ ـ اختبار التعرف السمعى على الكلمات: الذاكرة السمعية اللفظية المباشرة، معمل قسم علم النفس، كلية الآداب: جامعة القاهرة، ١٩٨٠.

٢ ـ الصبورة (محمد نجيب) . سرعة الإدراك البصرى لدى الفصاميين والأسوياء: دراسة تجريبية. دكتوراه، كلية الآداب جامعة القاهرة، ١٩٨٧ (غير منشورة).

٣ ـ الصبوة (محمد نجيب) . يونس (فيصل عبد القادر) . البطء الإدراكى فى ضوء نوعين من التشخيصات الفرعية لمرضى الفصام المزمن: دراسة مقارنة بين المرضى والأسوياء، مجلة علم النفس، السنة الرابعة، ١٩٩٠، عدد ١٤، ص ١٤ ـ ٣٣.

٤ ـ بنتون (آرثر) . اختبار الاحتفاظ البصرى لقياس الذاكرة البصرية ـ المكانية المباشرة. تعريب د.محمد نجيب الصبوة. ،غير منشور،.

٥ ـ بين (روبرت، و.) . الاضطرابات المعرفية. ترجمة: د.محمد نجيب الصبوة، القاهرة: مركز النشر لجامعة القاهرة ١٩٩٣، ص ص ١٠٥ ـ ١١٧.

٦ ـ كولز (أ، م،). المدخل إلى علم النفس المرضى الإكلينيكى. ترجمة: عبد الغفار الدماطى، ماجدة حامد، حسن على حسن. ومراجعة: أحمد عبد الخالق، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٢.

المراجع الإجنبية

7 - **American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 1987** (Rev. 3rd ed) Washington DC: Author.

8 - **Bjerk, L.G.** Working Capacity after traumatic brain irjuries. **Nordiske, psykologi; 1988, 40, 1, 1-14.**

9 - **Bower. G.H.** Mood and memory. **American psychologist 1981**, 36, 129-148.

10 - **Burke, M.; and Mathewes,** A Autobiographical memory and clinical anxiety. **cognition and emotion, 1992**, 6, 1, 23-35.

11 - **Calev, A.,** Recall and recognition in chronic nondemented Schizophrenics: use of matched tasks. **jour. abnorm. psychol., 1984**, 93, 172-185.

12 - **Crockett, D. j.**; Hurwitz, T.; and vernon, W. R. Differnces in neuropsychological performance in psychiatric, enterior and posterior cerebral functioning groups. **Internat. jour. Neuroscience, 1990**, 52 (1-2), 45-57.

13 - **Crowder, R. G.** Waiting for the stimulus suffix decay, delay, rhythm, and readout in immediate memory, **Qaurterly jour. experim. psychol., 1981**, 23, 324-340.

14 - **Cutting, j.,** Memory in functional psychosis, **Jour., Neuro. and Neurosur. psychiatry, 1979,** 42, 1031-1042.

15 - **Eitan, N.; Levin, Y.;** Ben-Artzi, E.; and Numann, M. Effects of antipsychiatric drugs on memory functions of schizophrenic patients. **Acta psychiatr. scand., 1992,** 85, 74-76.

16 - **Ferguson, G. A. Statistical analysis in psychology and education.** London Mcgraw-Hill Co., 5th ed., 1985.

17 - **Friedman, H. R.; Janas, J. D.;** and Goldman-Rakic, P. S. Enhancement of metabolic activity in the diencephalon of monkeys performing working memory taksks A2 - deoxyglucose study in behaving rhesus monkeys. **Jour. cognitive Neuroscience, 1990,** 2, 18-31.

18 - **Frisk, V.; and Milner, B.** The Relationship of working memory to the immediate recall of stories following unilateral temporal or frontal lobectony. Neuropsychologia, 1990 a, 28, 121-135.

19 - **Gass, C. S.; Burda, P. C.;** Starkey, T. W.; and Dominguez, F., MMPI interpretation of the psychiatric inpatients: caution in making inferences about concentration and memory. **Jour. Clivi. Psychol., 1992,** 48, 4493-499.

20 - Gold, J. M.; and Harvey, P. D., Cognitive deficits in schizophrenia. **Schizophrenia, 1993,** 16, 2, 295-312.

21 - **Gold, J. M., Randoff, C.;** Carpenter, C.J.; Goldberg, T.E.; and Weinberger, D.R., Forms of memory failure in schizophrenia, **Jour. abnorm. psychol., 1992** 101, 3 487-494.

22 - **Gold, J. M. ; Randoff, C.;** Carpenter, C J.; Goldberg, T. E.; and Weinberger, D. R., The performance of patients with schizophrenia in the Wechsler memory

Scale - Revised. **Clinical neuropsychologist, 1992,** 6, 367-378.

23 - **Goldberg, T.E.; Ragland, J.D.;** and Torrey, E. F; Neuropsychological assessment of monozygotic twins discordant for schizophrenia. **Arch. Gen. Psychiatry, 1990** 47, 1066, 1-74.

24 - **Goldberg, T.E.; Weinberger, D. R;** Pliskin, . H.; Berman, K.F., and Podd, M. H. Recall memory deficit in schizophrenia: A possible manifestation of prefrontal dysfunction. **Schizoph. researsh, 1989,** 2, 251-258.

25 - **Gjerde, P. E.** Attentional capacity dysfunction and arousal in schizophrenia **Psychological Bull., 1983,** 93, 57-72.

26 - **Harvey, P. D.;** Earle - Boyer, E.; and Wielgus, M., Encoding, memory and thought disorder in schizophrenia and mania. **Schizophr. Bull., 1986,** 12, 252-263.

27 - **Hasher, L.; amd Zacks R.T.;** T.; Automatic processing and effortful processes in memory. **Jour. experi. psychol., 1979,** 108, 356-363.

28 - **Hays, W. L. Statistics for psychologists.** N. Y.: Holt, Rinehart & Winston, 1963.

29 - **Herman, B. P.; Wyler, A. R.; Richey T.;** and Rea, J. M. Memory function and verbal learning ability in patients with Complex partial seizures of temporal lobe origin. **Epilepsia, 1987,** 28, 547-554.

30 - **Hyde, T. M.; Casanova, M. F.; and Kleinman, E.;** Neuroanatomical and neurochemical pathology in Schizophrenia. In **Tasman, A.; and Goldfinger, S. M., (eds), Review of psychiatry, vol. 10,** Washington, D. C., American psychiatric press, 1991, 7-28.

31 - **Kesner, R. P.** Mnemonic functions of the hippocampus: **Correspondence between animals and humans. Conditioning, Representation of neural function. ed. C. D. Woody, N. Y:** plwnum press, 1983.

32 - **Mckenna, P. J.; Tamlyn, D.; and lund, C. E.;** Ammesic Syndrome in schizophrenia. **Psychol. Med., 1990,** 20 967-975.

33 - **McNemar, Q. Psychological statistics. N. Y.:** John Wily, and Sons, Inc., 2nd ed., 1970.

34 - **Morton, S., and Lader,** M. Alpidem and lorazpam in the treatment of patients with anxiety disorders: comparison of physiologial and rsychological effects **Pharmacopsychiatry, 1992,** 25, 4, 177-181.

35 - **Moses, J. A.** Replicated factor structure of Benton's testes for visual retention, visual construction, and visual form discrimination. Internat. Jour. Clini. **Neuropsychology, 1989,** 11, 1, 30-37.

36 - **O'Donnell, M. P.; and Webb, M. G. Post** - ECT blood pressure rise and its relationship to cognitive and effective change. **Britis. jour psychiat., 1986,** 149. 494-497.

37 - **Pamela, S. Imm; Kim, Y. Foster; Ronald, W. Belter; and Finch,** A. J, Assessment of short - term visual memory in child and adolescent psychiatric inpatients. **Jour. Clini. Psychol., 1991,** 47, 3, 440-443.

38 - Peedicayil, J.; Abraham, A.; and Thomas, M. The effect of diazepam on memory in a group of patients with anxiety neurosis. **Current theraputic research, 1988,** 44, 3, 385-390.

39 - **Price, T. R.** Short and long - term cognitive effects ECT: part II - effects of nomemory - assoicated cognitive functions. **Psychopharm. Bull., 1982,** 18, 90-101.

40 - **Rapaport, D. Gill M.; Schafer,** R. **Diagnostic psychological Testing, V. 1 Chicago:** Year Book publishers, 1945.

41 - **Routh, D. A.; and Mayers, J. T.** On consolidarion and the potency of delayed stimulus suffices. **Quarterly Jour. experim. psychil., 1984,** 26, 472-479.

42 - **Rustschmann, J.; Cornblatt, B.;** and Erlenmeyer - Kimling, L. Auditiry recognition memory in adolescents at risk for schizophrenia: Report on averbal continuous recognition task. **Psychiat. Resear., 1980,** 3, 151-161.

43 - **Saykin, A. J.; Gur, C.;** and Gur, R. E.; Neuropsychological Function in Schizophrenia: Selective Impairment in Memory and Learning. **Arch. Gen. Psychiatry, 1991,** 48, 618-625.

44 - **Schacter, D. L.** Memory, Ammesia, and frontal lobe dusfunction. **Psychobiology, 1987,** 15, 12-36.

45 - **Solso, R. L. Cognitive Psychology;** 3rd., Boston: Allyn and Bacon, 1991.

46 - Soueif, M.; and Metwally, A. Testing for organicity in Egyptian psychiatric patients. **Acta psychol., 1961,** 18, 285-196.

47 - **Soueif, M.; EL - Sayed,** A.; Darwish, Z. A.; and Hannaurah, M. the Egyptian study of chronic cannabis Consumption. Egypt, Cairo, National Centre for Soc. & **Crimnological Researsh (NESCR), 1980,** p. 117.

48 - **Spohn, H. E., and Strauss,** M. E. Relation of neuroleptic and anticholinergic medication to cognitive functions in schizophrenia, **Jour Abnorm. psychol., 1989,** 89, 376-380.

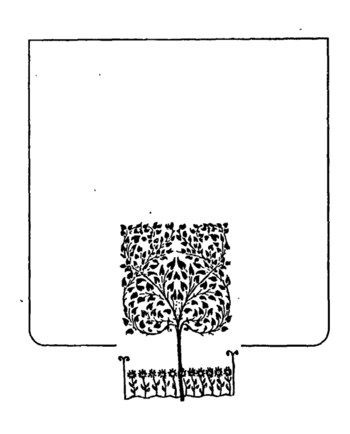
49 - **Squire, L. R. Memory and Brain.** New York: Oxford Univer. Press, 1987.

50 - **Steck, P.; Beer, U.;** and Frey, A. Evaluation of a 30 - item version of the Benton visual Retention lest. **Diagnostica, 1990,** 36, 1, 38-49.

51 - **Strauss, M. E., Reynods, K. S. Jayaram, G., and Tune, L. E.** Effects of anticholinergic medication on memory in schizophrenia. **Schizoph. Resea., 1990,** 3 127 - 129.

52 - **Weinberger, D. R.; and Berman,** K. F. Speculation on the meaning of cerebral metabolic hypofrontality in schizophrenia. **Schizoph. Bull., 1988,** 14, 157- 168.

53 - **Woodworth, R. S.; and Schlosberg. H. Experimental psychology.** London: Holt, Rinchart & Winston, Inc., 1966, pp. 695-732.



حاسة الدعابة لدى بعض طلاب الجامعة
دراسة فى
ضوء بعض المتغيرات النفسية

د. بدرية كمال أحمد
أستاذ مساعد قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة المنصورة

تقديم

أهمية الدراسة:

يتساوى الناس جميعا فى أنهم يضحكون، ولكن هذا الضحك يختلف فى شدته وصورته وبواعثه، فمن منا لا تمتد يده صباحا للجرائد لكى تقع عيناه على فكاهة مصورة أو كاريكاتير هزلى ومن ثم ترتسم على شفتيه إبتسامة، وعندما يجتمع الأفراد معا وعلى إختلاف مستوياتهم الثقافية نجدهم يتهامسون ويتلهفون للبحث عن آخر نكتة.

إن الدعابة تمس حياتنا بطرق عديدة، والشخص العادى يكون مدركا بحواسه أن امتلاك حاسة الدعابة أمر هام وليس من المفضل أن نصف أى شخص بأنه يفتقد حاسة الدعابة فنحن بلا شك نكن الحب والتقدير فى القلب والعقل لمن يجعلنا نضحك. (ماك جى وشابمان McGhee & Chapman ١٩٨٠).

وتلعب الدعابة دورا هاما فى عملية الاتصال الإجتماعى بين الأفراد وليس هذا فحسب بل أن لها دورا فعالا وحيويا يهدف إلى الإصلاح وتعديل الإتجاهات السلبية وتبصرة الأفراد بها، والإنسان المصرى يعيش حياة مليئة بالعديد من الضغوط، فكل منا يصارع ويلهث بما يتفق وإمكاناته وقدراته لتحقيق ذاته، وفى خضم هذا الصراع النفسى ألا نضحك؟ إن المتبصر بحركة المسرح المصرى مثلا يجد نفسه أمام مواقف وصور متناقضة فالبعض يسعى وراء الأعمال الفنية الهزلية لكى يضحك ويتلقف المفارقات والحركات الضاحكة والبعض يبتعد عن المسرح الجاد والبعض الآخر يلجأ إليه لكى يثرى وجدانه ويضحك بصورة مختلفة عن الذى يشاهد الأعمال الهزلية. فما حقيقة هذا الضحك! إن الضحك كما يذكر أحمد عطية (١٩٤٧)

هو المظهر الخارجي للحالة النفسية التى نعبر عنها بالمرح أو الفكاهة، وللضحك أشكال منها القهقهة، الإبتسامة الساخرة، المحرضة، الماكرة الباهتة وهناك الابتسامة الرقيقة، ولكل منها مدلول نفسي واجتماعي.

فالضحك كما يذكر سيد صبحي (١٩٩٤) كسلوك اجتماعي يقوم به الإنسان يؤدى فى حياة الأفراد والجماعات وظيفة نفسية هامة من وظائف الاتزان العاطفى وهى السبيل إلى تحقيق ضرب من التكامل النفسى والاجتماعى وإذا كان للضحك تلك الوظيفة الهامة من وجهة نظر الباحثة فلماذا نخاف من الضحك أحياناً فنقول ونحن فى نشوة الضحك «اللهم اجعله خيراً».

ولقد دعمت المؤتمرات العالمية الحديثة عن الدعابة والضحك التى عقدت فى كارديف ١٩٧٦ ولوس أنجلوس ١٩٧٩، الدراسات فى مجال الدعابة، ولعل إحياء الاهتمام بداسات الدعابة يبدو أنه يرجع إلى الإدراك المتزايد بأن الدعابة تلعب دوراً أساسياً فى حياتنا بطرق كثيرة (ماك جى وشابمان Mc Ghee & Chapman، ١٩٨٠) فالدعابة وما يرتبط بها من متغيرات سلوكية ليست ببساطة أمراً مضحكاً، ففى الحقيقة أن دراسة الدعابة عمل جد خطير لأنه عندما نفهم تلك الظاهرة فإننا نقترب من فهم الإنسان (زكريا إبراهيم، ١٩٥٨).

هدفُ الدراسة :-

إن الإنسان هو الحيوان الوحيد الذى يعرف النكتة ويستخدم الفكاهة ويتفنن فى خلق أسباب الضحك ويستعين بسلاح الدعابة والسخرية فى تعامله مع الآخرين ويستعمل ذكاءه فى إبتداع الروايات الهزلية (زكريا إبراهيم، د.ت) ورغم ما للدعابة من أهمية بالغة فى حياة الإنسان فإنها لم تحظ إلا بالقليل من الدراسات، فقد أوضح ماك جى وشابمان (Mc Ghee & Chapman، ١٩٨٠) إن الدراسات المنشورة عن الدعابة قليلة فى عددها، ومعظم الدراسات كانت عن الطفل منذ خمسين عامًا وقامت على الملاحظة المباشرة وكانت نظرية إلى حد كبير.

وقد أُستخدمت الدعابة للكشف عن بعض نواحى شخصية الأطفال والبالغين مثل الإبتكارية، التفاعل الإجتماعى، وإستخدام الدعابة وتأثيرها على التعلم لدى الأطفال وإستخدامها الكلينيكى للعمل مع الأطفال العاديين والمعوقين، والعلاقة بين النكتة والعمل الأدبى لدى الأطفال. كما أوضح جوندال Gundal (١٩٨٥) أن الدعابة أداة تعلم ممتازة لأنها بالاضافة إلى أنها تمنع الملل والتعب فى الفصل فإنها تؤدى نواحى جانبية للغة وتشجع على المحادثة بها وتوسع مفرداتها وتنمى بناء الجملة والقواعد وتزودنا بمعلومات ثقافية. كما أوضح بويل وأندرسين Powell & Andresen (١٩٨٥) أن الدراسات التجريبية للعلاقة بين الدعابة والتعلم فى التعليم العالى يوضح أن الدعابة قد تساعد على زيادة إهتمام وإنتباه المتعلم وأن تقديم المادة المرحة تتضمن المهارات والتى يمكن تعلمها خلال الممارسة. كما أكدت ماريس Marais (١٩٨٨) دور الدعابة فى إرشاد وتوجية الشخصية سواء للجماعة أو الفرد وأن الدعابة يجب أن تكون تلقائية فى توجية وإرشاد الجماعة.

وترى الباحثة أن هناك نقصًا وتجاهلًا لدراسة الدعابة وإستخداماتها، وظهور بعض الدراسات القليلة فى هذا الشأن إنما يرجع إلى وعى متزايد بقيمة الدعابة. وفى هذا الصدد يذكر (تينيسون Tennison، ١٩٩٤) أن الدعابة ظاهرة معقدة متعددة الأبعاد ولم تكن مادة لكثير من الأبحاث فى الماضى، وحديثًا فقد اهتم الباحثون بدراسة نواحى عديدة للدعابة للوصول إلى النظريات النمائية والإجتماعية عما هى الدعابة وكيف تستخدم - تلك الظاهرة السيكولوجية فى حياتنا، كما أن الإهتمام بدراسة الدعابة وعوامل الفروق الفردية التى تؤثر عليها قد يساعد على ملء فجوة هامة فى الأبحاث عن النمو السلوكى للإنسان حيث تعتبر الدعابة جزءاً أساسيًا من بنية الشخصية، فالإحساس الجيد بالدعابة قد إرتبط بالنضج والتوافق، ولذا فإن دراسة الدعابة تزود السيكولوجى باستبصار عن الأنماط المختلفة وميكانيزمات التوافق النفسى، فقد ذهب (زكريا إبراهيم، ١٩٥٨) أن الحس الفكاهى ليس حديث خرافة بل هو سمة هامة من سمات الشخصية التى يمكن قياسها وإخضاعها للتحليل العلمى. وفى ضوء هذا يمكن تحديد هدف الدراسة فى محاولة الإجابة عن هذه الأسئلة:-

١ - هل هناك علاقة دالة إحصائيا بين حاسة الدعابة والإنبساطية لدى طلاب الجامعة؟

٢ - هل هناك علاقة دالة إحصائيا بين حاسة الدعابة والعصابية لدى طلاب الجامعة؟

٣ ـ هل هناك علاقة دالة إحصائيا بين حاسة الدعابة والقدرة على التفكير الإبتكارى لدى طلاب الجامعة؟

الإطار النظرى: ـ

(أ) النظريات التى حاولت تفسير الدعابة:

نظرية التفوق والإنتقاص:

إقترض زيلمان وكانتور Zillman & Cantor (١٩٧٦) أن الناس تستمد السرور من مشاعر التفوق والسيطرة، فالضحك على عيوب وسوء حظ الآخرين قد يعكس محاولة الحفاظ على هذه المشاعر، ولهذا فإن هذه النظرية تعتبر السرور نتاج المقارنة الإجتماعية. كما أوضح زيلمان Zillman (١٩٨٣) أن هذه الإستجابة أكثر وضوحا عندما لا يكون من المستحب النقد والأستهجان ولهذا فإن الدعابة أكثر ميلا إلى أن تحدث من خلال سوء الحظ وبلية الناس الذين نعتبرهم غير مرغوبين إجتماعيا وذلك أكثر من سوء حظ الناس الذين نقدرهم إجتماعيا، ويشير (وير، كولينس Wyer & Collines ١٩٩٢) إلى أن هذه المفاهيم نافعة خاصة فى تفسير الإستجابة للنكات العرقية أو المرضية أو الملحة، ومع ذلك فهى محدودة فى قدرتها على تفسير ردود الفعل لأنماط أخرى كثيرة من الأحداث مثل تلك التى تعكس السلبية وعدم المرغوبية بالنسبة لشخص ما ، فالدعابة هنا تكون على سخف وحماقة الشخص، كما أن سوء الحظ ومصائب العدو غالبا ما تجعل الناس سعداء إلا أنها لا تحدث الدعابة دائما، ولهذا فإن الأستخفاف بآخر أو الإحساس بالتفوق لا يبدو أنها ضرورية أو كافية لإحداث الدعابة. هذا ويشير سيد صبحى (١٩٩٤)، فى عرض نظرية التفوق الذاتى أن هذه النظرية يوخذ عليها أنكارها أن الضحك وظيفة بيولوجية، فالضحك فى نظرهم ما هو إلا المظهر الخارجى لحالة السرور التى تغمر النفس عند الإحساس الفجائى بالتفوق، وأن الضحك الذى يعنيه أصحاب هذه النظرية لا ينسحب إلا على ضحكة الإنتصار. هذا وقد ذكر (زكريا إبراهيم ١٩٥٨) أن أهم جانب من جوانب المظهر النزوعى للفكاهة والضحك هو الجانب الذى عبر عنه توماس هوبز Hobbes حينما قال بأن الأصل فى الضحك هو شعورنا بالتفوق أو الإمتياز Superiority وقد أكد هذه الحقيقة من جديد لودفتشى Ludoviciفذهب إلى أن فى الضحك شيئا من الغدر أو التشفى من الآخرين وأن الشعور بالتفوق الذى يجئ مع الضحك كثيرا ما يكون مجرد محاولة تعويض يراد بها تغطية خوفنا من التعرض لحالة الضعة أو النقص أو القصور Inferiority.

نظريات الإثارة وإختزالها: ـ

تفترض هذه النظرية أن استجابة الدعابة تعكس التحرر أو النقص فى الإثارة، فقد أفترض فرويد Freud (١٩٦٠) أن رد الفعل الدعابى للمثير يكون مدفوعا بالحاجة للتحرر من التوتر أو أن الإثارة ،غالبا ما تكون مرتبطة بالعدوان أو الجنس ، التى يكبتها الفرد فلا يعبر عنها بصورة مباشرة، هذه الإثارة قد تحدث بملامح الموقف المثير نفسه أو قد توجد قبل حدوث الموقف، ولهذا فإ ن الفروق الفردية فى احداث الدعابة بنكات مختلفة أو ملحة يفترض أنها تعكس فروقا فى شدة كبت أو قمع الانفعالات التى أصبحت مرتبطة بمثير النمط المناسب للنكتة أو الملحة.

وهناك تصور آخر أقترحه بيرلين Berlyne (١٩٧١) حيث إفترض علاقة عكسية بين الإثارة الفسيولوجية وخبرة السرور، فالنكتة تتكون من سيناريو يحدث الإثارة إلى ما وراء المستوى الأمثل للسرور ثم تقل هذه الإثارة بسرعة لمستوى أكثر سرورا، وقد أفترض بيرلين أن هذه الزيادة السريعة فى السرور تعرف بالدعابة. هذا ويشير (وير، كولينس Wyer & Collins، ١٩٢٢) إلى أن مفاهيم فرويد وبيرلين تعانى من نقص العمومية، كما أن مفاهيم فرويد قد تفسر الدعابة بنواحى فى خبرة الشخص الماضية كالانفعالات التى تم كبتها. كما أن التنوع الضخم للمثيرات التى يجد فيها الفرد دعابة تتطلب أن يكون لدى الفرد عدد ضخم من الإنفعالات المكبوتة.

نظريات حل التنافر:

تفسر هذه النظريات الدعابة بأنها الإدراك المفاجئ للتعارض بين موضوعين أو حدثين، افترض كوستلر Koes-tler (١٩٦٤) أن الدعابة تنتج من الإستعمال المتزامن لهدفين متباينين عاديين للأفكار أو المعنى لنفس المعلومات أو الخبرة.

ومن المفاهيم الأكثر حداثة للدعابة تلك التى تركز على العمليات المعرفية، فقد أفترض سيلس Suls (١٩٨٣) أنه عندما يحكى الناس النكتة فإن المعلومات الأولية عن الدعابة

تنشط مجموعة من المعارف أو مجموعة من الخطط التى قد تستخدم لتفسيرتلك الدعابة، هذه المفاهيم والخطط تؤسس مجموعة من التوقعات العامة تتعلق بنمط المعلومات لإتباعها، ومع ذلك فغالبا ما يصادف الأفراد معلومات جديدة تنحرف عن توقعاتهم ويبحثون فى ذكرياتهم عن مفاهيم وخطط غالبا ما تؤخذ من معرفة مختلفة، والتى تستخدم لتفسير المعلومات الجديدة للدعابة فى محيط البالغين وهذا غالبا يتطلب إعادة تفسير للمعلومات الجديدة وأن توليد هذه المعلومات الجديدة يحدث الدعابة.

يشبه سيلس Suls (١٩٨٣) فهم النكتة بمهمة حل المشكلة، حيث أن هذا الفهم يكون مشابها ومناظرا لحل المشكلة، فمدى نجاح الأفراد فى إحراز وتحقيق حل الدعابة فإنهم يخبرون السرور وأن هذا السرور ينعكس فى التسلية واللهو الذين يقررونه.

تفترض صيغة سيلس مرحلتين، الأولى أن التنافر والتعارض ،الإنحراف عن التوقعات، يحدد، والثانية أن التنافر يحل أو يفهم، فمرحلة التنافر تتضمن إدراكا، فإن أحد المفاهيم تنشط أولا لتفسير النكتة وتكون غير كافية لحلها، ومرحلة الحل تتضمن البحث عن مجموعة بدائل من المفاهيم التى تسمح للمعلومات ككل لتكون مفهومة، وأن الفشل فى أحد هذه المراحل قد يمنع حدوث الدعابة، إن أستعارة سيلس لمفهوم حل المشكلة مهم فى تلك العملية التى إفترضها، فمثلا الدعابة لا تخبر إذا لم يدرك التنافر أو إذا لم يرى الأفراد مشكلة لتحل، كما أن الأفراد سوف لا يخبرون الدعابة لو كانت المشكلة صعبة جداً. هذا وقد أشار (وير، كوليس ١٩٩٢ Wyer & Collins, الى انه ليس كل انماط حلول التنافر ملائمة لاستخراج الدعابة فكما أشار كوستلر (Koestler ١٩٦٤) ان حلول المشكلة تتضمن استعمال افكار جديدة للمعلومات عن الدعابة الى ان يتحقق فهم الدعابة فى سياق المعرفة السابقة لها، فحلول هذه المشكلات قد يكون مصدر سرور ولكنها ليست بالضرورة مضحكة، ومن هذا فإن حل التنافر قد يكون ضروريا ولكنه ليس كافيا لإستخراج الدعابة.

نظرية أبتر:

مفاهيم أبتر النظرية عن الدعابة مستمدة من نظرياته عن الشخصية والدافعية، هذه المفاهيم لها عدة ملامح منها أنها تأخذ العوامل المعرفية والدافعية فى الأهمية والتفسير، كما أنها تطبق على أنماط مختلفة كثيرة من أحداث الحياة، يقرر (أبتر Apter، ١٩٨٢) أن المعلومات عن الرواية أو النكتة التى تحكى فى بيئة إجتماعية لا تتكون فقط من الناس والموضوعات أو الأحداث حيث تشير النكتة أو الرواية، بل تشتمل على خصائص المتكلم ونواحى الموقف الإجتماعى حيث تحكى الرواية أو النكتة.

ولكى نفهم ديناميات الدعابة فإن كل نواحى الخبرة المعرفية يجب أن تؤخذ فى الإعتبار ومن ثم أقترح (أبتر Apt-er، ١٩٨٢) مجموعة أحوال ضرورية لإستخراج الدعابة التى تطبق ليس فقط للنكات والصور الكاريكاتورية ولكن أيضا للملحة والخبرات الإجتماعية المصادفة والتى لم يكن يقصد منها أن تكون مضحكة وهزلية.

افترض أبتر Apter (١٩٨٢) عاملين يؤثران فى إحداث الدعابة يتعلقان بخصائص معلومات الفرد عن الدعابه نفسها هما:

١ - أن التفسير الجديد للموقف الذى ينتج من تعرض الفرد للمعلومات الجديدة يجب ألا يحل محل التفسير الذى ظهر أنه صحيح للدعابه.

٢ - أن إدراك الواقع الذى تأسس بالمعلومات الجديدة عن الدعابة يجب أن يقل فى الأهمية أو القيمة المرتبطة بالواقع الظاهر الذى أفترض أولا.

هذا ويذكر ويروكولينس Wyer & Collins (١٩٩٢) أن إفتراض عدم الإحلال والنقص بالنسبة لمعلومات الفرد عن الدعابة فى نظرية أبتر لها إرتباطات فى نظريات أخرى عن الدعابة، فأفتراض عدم الإحلال مثلا مماثلة لفروض كوستلر Koestler (١٩٦٤) فى أن إستخراج الدعابة يتطلب الإستعمال المتزامن لمعنيين متباينين لنفس الخبرة، ولهذا يفترض كوستلر أن أحد المعانى يجب ألا يحل محل الآخر، كما أن مفهوم النقص يفسر لإستخراج الدعابة فى مواقف كثيرة .

كما يهتم أبتر بمعلومات الشخص التى قد تلعب دورا فى تحديد ردود فعل الشخص للدعابة فمثلا النكتة التى تحتوى على إشارة وتلميحات لمجموعة عرقية قد تؤدى إلى أن يتشكك المتلقى لها فى أن القصة ومصدرها يقصد منها إنتقاص الجماعة، هذا الشك قد يثير تلقائيا المتلقى للبحث عن

المعلومات التى تؤكد التعصب الأعمى لمصدر الدعابة، فهذا النشاط الهدفى الموجه قد يمنع حدوث الدعابة.

إن تأكيد أبتر على دور العوامل الدافعية فى إستخراج الدعابة يسمح للنظرية بتفسير الفروق الفردية والموقفية فى كمية الدعابة التى تحدث بواسطة خبرات ومعلومات الأفراد عن الدعابة كما تزودنا بإستبصار عن إختلاف الأفراد فى إستجاباتهم لنفس الدعابة.

لماذا نضحك؟

عرفت الدعابة والضحك بأنهما المظهر البارز لخبرة الإنسان، والنظرية التى مازالت تؤثر حتى الآن هى التى إفترضها فرويد عن الدعابة وعلاقتها باللاشعور، فالدوافع العدوانية أو الجنسية تتحرر من خلال النكات التى تقر إجتماعيا، وأن الطاقات الغريزية المكبوتة تجد تعبيرا لها فى شكل الضحك. هذا، وقد أعتقد فرويد أن السرور الذى نحصل عليه من الدعابة يعتمد على التخفيض المفاجئ للتوتر الداخلى أو القلق الذى ينشأ من الصراع النفسى الذى يتعلق بالتعبير المباشر للرغبات غير المقبولة أو الدوافع التى تنشط بمحتوى معظم الأنماط الجنسية والعدوانية للدعابة (هجيل وزيجلر Hjelle & Ziegler، ١٩٨١)،

(ب) الرؤى العلمية التى حاولت تفسير الدعابة فى ضوء بعض المتغيرات:-

العلاقة بين الإبتكارية والدعابة:-

أقترحت عدد من الدرسات أن خلق وفهم الدعابة وأشكال أخرى من المزاح والهزل ترتبط بالقدرات الأبتكارية، ويعتبر (تورانس Torrance، ١٩٦١) أول من أوضح العلاقة الموجبة بين الدعابة والأبتكارية بين أطفال المدارس الأبتدائية، كما وجد (جيتزلز وجاكسون Getzels & Jackson ١٩٦٢) أن المراهقين ذوى القدرة الإبتكارية العالية حصلوا على تقديرات أعلى من أقرانهم الأقل أبتكارية بأن لديهم حاسة دعابة جيدة، كما وجد (ليبرمانLiberman، ١٩٧٧) أن الأطفال فى سن الخامسة المبتكرين أكثر تلقائية ومزاحا من أقرانهم الأقل أبتكارية، كما وجد (سنجر وروموSinger & Rummo ١٩٧٣) أن الأطفال المبتكرين فى سن الرابعة والنصف والسادسة والنصف قدروا بواسطة مدرسيهم بأن لديهم أتجاهات مازحة، دعابية أكثر من الأولاد الأقل إبتكارية.

هذا وقد لاحظ ماك غى وشبمان Mc Ghee & chapman (١٩٨٠) أن التفكير المتباعد أو الثنائى يبدو أنه يميز الأشكال المرحة وغير المرحةمن الأبتكارية، وقد أشار (جيتزلز وجاكسون Getzels & Jackson ١٩٦٢) فى كتابهما عن الذكاء والأبتكارية، إلى أن المراهقين ذوى القدرة الإبتكارية العالية حصلوا على تقديرات أعلى من أقرانهم الأقل أبتكارية بأن لديهم حاسة دعابة جيدة ويستعملون الدعابة فى الأتصال بالآخرين. كما توصل (هوك وتوماس Hauck & Thomas ١٩٧٢) فى دراستهما عن علاقة الدغابة بالذكاء، والأبتكارية، والتعلم المقصود والعرضى، إلى أن النجاح المبكر للأطفال المبدعين فى أستخدام الدعابة كان واضحا فى نتائج دراستهما، حتى أن أقرانهم وصفوهم بأنهم يملكون حاسة دعابة جيدة، كما وجد (ويسبرج وسبرنجر Weisberg & Springer ١٩٦١) أن الأطفال فى الصف الرابع ذوى القدرة الأبتكارية المرتفعة أظهروا تقديرا جيدا لمثيرات الدعابة أكثر من ذوى القدرة الأبتكارية الأقل، كما توصل (جيدنسكى-Gi dynsky١٩٧٥) فى دراسته الإستطلاعية عن رفض الأصدقاء وإستجابة الدعابة لدى الأطفال إلى أن مرتفعى الإبتكارية أكثر فهما وأدراكا للدعابة وذلك بالمقارنة بمنخفضى الأبتكارية وذلك لدى الأولاد فى مرحلة ما قبل المراهقة.

كما يذكر ماك غى وشبمان Mcgee & chapman (١٩٨٠) أن البيانات عن طبيعة العلاقة بين الدعابة والأبتكارية محدودة على نحو لا يمكن أنكاره، ولكن صدقها تأيد بنتائج مشابهة لعينات البالغين، فقد وجد (روف Rouff ١٩٧٥) أن الأبتكارية لدى البالغين ترتبط أرتباطا موجبا ودالا بمستوى فهم وإدراك الدعابة، ويؤكد (ماك غى وشبمان ١٩٨٠) على الحاجة لدراسات طويلة فى هذا الشأن لتوضيح ما إذا كان الأطفال الذين أظهروا إبتكارية عالية أثناء السنوات الأولى من أعمارهم أكثر أحتمالا لإحداث الدعابة فى مراحل متأخرة من طفولتهم، كما أوضح (زيف Ziv ١٩٨٨) فى دراسته استخدام الدعابة لتنمية التفكير الأبتكارى ووضع مشروعين بهدف تشجيع الدعابة الأبتكارية لدى البالغين ولتعليم المدرسين أستخدام الدعابة لتشجيع الأبتكارية.

نمو الشخصية والدعابة :ـ

الإستجابة للدعابة وأرتباطها بمتغيرات عديدة فى الشخصية وأنماط التوافق النفسى الإجتماعى قد تأيد تجريبياً فى الأطر السيكولوجية فمثلا، الفروق الفردية فى الدعابة قد تم ربطها بابعاد الشخصية مثل المحافظة، التسلطية، الأنطواء ـ الإنبساط، وجهة الضبط، كما أهتمت بعض الدراسات بربط إدراك الدعابة بحالات المزاج والعدوان والإثارة الجنسية، ويلاحظ على هذه الدراسات أنها دراسات فردية، نظرية وكانت قيمتها لفهم نمو الدعابة قليلة وانصبت دراسات قليلة على الأطفال، ففى دراسة (ولسون وباترسون Wilson & Patterson ١٩٦٩) حيث طلبا من طلاب الثانوى، تتراوح أعمارهم من (١٥ ـ ١٩) وهم من مجموعات محافظة بدرجات عالية ومنخفضة أن يقدروا الضحك للرسوم الكاريكاتورية والتى تختلف فى محتواها، أوضحت النتائج أن الطلاب المحافظين جدا قدروا الدعابة الرسمية «الرسوم الكاريكاتورية المبنية على التورية والتعارض «المعرفى» بأنها ممتعة أكثر من الدعابة ذات النزعة المعينة «الكئيبة» ، والسادية» الجنسية» وذلك أكثر من الطلاب التحرريين، هذا وقد أهتمت بعض الدراسات ببحث العلاقة بين الدعابة ونواحى نظام الذات لدى الأطفال، كما أوضح (توماس وآخرون Thomas etal ١٩٧١) فى دراستهم عن المحافظة والأستجابة للدعابة الجنسية، القليل عن أصل العلاقة بين المحافظة والدعابة أو إستمرارية أو عدم أستمرارية العلاقة من الطفولة إلى البلوغ كما أقترح ماك غى McGee (١٩٧٦) أن إدراك ومعرفة الدعابة العدوانية قد تكون محاولة من جانب الأطفال لكسب أهتمام الأصدقاء الذين رفضوهم بسبب سلوكهم العدوانى والمتسلط هذا الإستخدام والتعويض للدعابة يتطابق مع العلاقة الموجبة التى حصل عليها (جيدنسكى Gidynski ١٩٧٥) بين إدراك الدعابة ورفض الأصدقاء لدى الأولاد فى مرحلة ما قبل المراهقة، وتتفق أيضا مع دراسة (ولفنستين Wolfenstein ١٩٥٤) فى أن الدعابة تستخدم غالبا بواسطة الأطفال والبالغين كوسائل للتعامل، وضبط وتعديل الضغوط.

كما أوضح هجيل وزيجلر Hjelle & Ziegler (١٩٨١) أن فرويد فى كتابة عن علاقة الفكاهة باللاشعور، إفترض أن الدوافع الجنسية أو العدوانية المكبوتة تتحرر من خلال النكات المقررة إجتماعياً، فالطاقات الغريزية المكبوته تجد تعبيرا لها فى شكل «الضحك»، وقد أعتقد فرويد أيضا أن السرور الذى نحصل عليه من الدعابة يعتمد على خفض فجائى للتوتر الداخلى أو القلق، فالقلق ينشأ من الصراع النفسى الداخلى الذى يتعلق بالتعبير المباشر للرغبات غير المقبولة أو الدوافع التى تنشط بمحتوى معظم أنماط الدعابة الجنسية أو العدوانية، فى هذا الصدد يذكر (أحمد عطية ١٩٤٧) أن فرويد يشبه العملية العقلية فى الأحلام بالعملية العقلية فى الفكاهة، فالحلم لا يخرج عن كونه مفارقة تعتمد على الرموز التى تشبه اللغو والتلاعب بالأسماء والمسميات، فالفكاهة من وجهة نظر فرويد نوع من الإلهام وأن الإلهام نتاج اللاشعور.

(جـ) مصطلحات الدراسة :

الدعابة:ـ Humour

عرف لونج وجرايسير Long & Graesser (١٩٨٨) الدعابة بأنها حدث إجتماعى أو غير إجتماعى، تحدث عمداً أو بدون قصد ويدرك على أنه ممتع، ويوجد ثلاث نواحى لهذا التعريف جديرة بالملاحظة.

١ ـ أن المثيرات لرد الفعل الدعابى قد يكون شيئا يقوله الشخص، سلوك غير لفظى يؤديه الشخص أو كلاهما معا، فالحدث المثير قد يشتمل أيضا عل نواحى غير سلوكية للموقف، فالإستجابة الدعابية قد تستثار غالبا بعدد من الملامح اللفظية وغير اللفظية البيئية التى يستجاب لها كشكل وكصورة.

٢ ـ الأحداث المثيرة التى تحدث الدعابة قد تكون إما مقصودة أو غير مقصودة.

٣ ـ الاستجابة التى تحدثها الدعابة تعرف فى ضوء رد فعل الشخص المعرفى لشكل المثيرات أو على وجه الدقة إدراك الشخص لرد الفعل هذا بأنه «مضحك» ، أكثر ما يعرف فى ضوء أستجابة ملحوظة لهذه المثيرات.

ويفرق لونج وجرايسير Long & Graesser(١٩٨٨) بين النكتة Joke والملحة Witticism بأن النكت والصور الكاريكاتورية غير مقيدة ببيئة وتحتوى معظم المعلومات الضرورية لفهمها أما الملحة فغالبا ما تكون محددة ببيئة إجتماعية خاصة وفهمها يتطلب معرفة بموضوع المحادثة والملحة تشبه النكتة فى أنها عادة ما تنقل بقصد أحداث الدعابة، كما أن أنماط أخرى من السلوكيات اللفظية وغير

اللفظية أو الأحداث الإجتماعية قد تحدث الدعابة بدون قصد، ورغم بعض الحدود الظاهرة بين الملحة والنكتة فإن الوسائل المعرفية التى تشكل وسائل إستخراج الدعابة قد تكون متشابهة فى كل حالة.

وفى هذا الصدد يشير مصطفى عبد الرحمن (١٩٧٨) أن الفكاهة فى اللغة هى الملحة التى تطرب والتى تلذ وتمتع والفكاهة، الممازحة، وتفكه الرجل أكل الفاكهة وتلذذ بها، والفاكهة حالة نفسية لها مظهر أنفعالى هو الضحك، والدعابة هى الفاكهة وهى المزاح وهى الإملوحة والملحة أيضا ولكنها تختلف عن الفاكهة بأنها لا تروى بل هى بنت المجلس، كما ذهب (محمد عبد المنعم ١٩٧٨) إلى أن الفكاهة هى كل ما يبعث على الضحك أو الإبتسام أو السخرية من حديث مرح أو نادرة حلوة أو دعابة لطيفة أو نكتة مثيرة أو مزاح رقيق أو تهكم مرير.

كما يذهب فتحى معوض (١٩٧٠) إلى أن الدعابة Hu-mour من أصل لاتينى معناه العصارة التى تفرزها غدد الجسم والتى كان يظن أن لها أثركبير فى الأمزجة المختلفة التى ذهب القدماء إلى القول بأنها تقرر صحة المرء ومزاجه «الدم - البلغم - الصفراء والسوداء»، وأكثر ما تستخدم الآن فى وصف الحالة العقلية، التى ينزع صاحبها إلى الأفكار المثيرة للضحك والسرور أو ما نسميه روح الفكاهة، كما يذكر (منير البعلبكى، ١٩٨٢) إلى أن Humour أو Humor هى الدعابة، الفكاهة، حس الدعابة والفكاهة أو روحها: ملكة عقلية تمكن المرء من إكتشاف المضحكات أو تقديرها أو التعبير عنها.

كما ذهب كثير من الباحثين من أمثال كوستلرKoestler (١٩٦٤) وبيرلين Berlyne (١٩٧١) إلى أن إدراك التنافر أو التعارض Incongruity بمعنى حدث يخالف توقعات الفرد حالة ضرورية لحدوث الدعابة، فرد فعل الشخص للمثيرات الفجائية وغير المألوفة والمعقدة وكذلك المثيرات المتنافرة، فهذه المتغيرات وشدة المثيرات كما ذهب بيرلين Berlyne (١٩٧٢)، تزيد مستوى الإثارة لدى الفرد. كما أشار (روثبارت Rothbart، ١٩٧٦) إلى أن هناك إتفاقا بين الباحثين يتعلق بأهمية كل من المزاح وإدراك التنافر أو التعارض فى معظم بحوث الدعابة، وإذا كان هذا شرطا أساسيا لحدوث الدعابة، فإن السؤال الذى يثار فى هذا الصدد وهل هذا كاف لضمان القدرة على حدوث الدعابة؟

وترى الباحثة أن إدراك المثيرات المتنافرة أو المتعارضة ليست فقط محددات لتعريف الدعابة. فالدعابة رغم أنها لغة عالمية كما يذكر (بورفوردBurford ١٩٨٧) إلا أننا يجب أن نأخذ فى الأعتبار الأرث الثقافى والإجتماعى الذى تنبت فيه، فنحن شعب كنيله فى صفاته وهدوئه وأنسيابه تارة، وتارة أخرى نكون فى عنفوانه، وفى كلتا الحالتين نبحث عن النكتة والدعابة ونخلقها فى التو واللحظة حتى تكاد تكون لدينا الدعابة لحظية ومن ثم فإن تعريف الدعابة - والتى ما تزال فى المهد رغم محاولات الباحثين فى هذا الصدد والتى تتفق غالبا مع أطرهم النظرية - وكما أمكن إستخلاصه من الإجابة على بعض الأسئلة المفتوحة والتى وجهت إلى الطلاب/ هى القدرة على خلق موقف ضاحك، التقاط القفشة، والملحة والبحث وراء الجديد دائما فى عالم النكتة، إستخدام الدعابة بصورة سريعة وجادة للأصلاح والتعديل، والتعبير عن حالات الحزن والفرح والأنتصار والهزيمة والعدوان وكذلك أعتقاد الفرد بأن الدعابة سلوك إيجابى ومن ثم لديه القدرة على تذوق وتقدير الدعابة وإبداعها وخلقها، ويمكن تعريف حاسة الدعابة أجرائيا بأنها مجموع درجات الأفراد على مقياس حاسة الدعابة.

العصابية: Neuroticism

إحدى طرفى محدد العصابية - الأتزان الوجدانى أو الأنفعالى وهو المحور الثانى من المحاور الأساسية الكبرى للشخصية أى المحور الذى ينظم جميع العمليات الوجدانية أوالإنفعالية من حيث تحقيقها لإتزان الشخصية وتوافقها أو من حيث إخلالها بهذا الإتزان والتوافق، ويعنى إيزنك بالعصابية أو الإنفعالية إستجابة مبالغ فيها من جانب الفرد تجاه مجموعة من المنبهات وتأخذ هذه الإستجابة شكل الإنفعالات البالغة القوة والتى تظهر فى ظل ظروف لا يشعر فيها معظم الناس إلا بإنفعال ضعيف بل ربما لا يشعرون فيها بإنفعال على الإطلاق، والعصابية ليست هى العصاب بل الإستعداد للإصابة به عند توفر شروط الإنعصاب أى عندما يتعرض الإنسان للضغوط والمواقف العصبية.

الإنبساط - الإنطواء Extroversion - Introversion

محور من محاور الشخصية ينظم ظواهر السلوك من حيث ما تفرضه من مظاهر تتذبذب بين الإندفاع والكف وما تفرضه من ميل لدى الشخص إلى التعلق بقيم مستمدة من

العالم الخارجى أو بقيم غير مستمدة منه، والإنبساط إتجاه ينطلق الليبدو فيه إلى العالم الخارجى، إلى الناس والأشياء المحيطة بالفرد ولذلك يوصف المنبسط دائما بأنه منطلق، إجتماعى، يستمتع بالناس والأشياء، فالأمور الخارجية هى أهم العوامل التى توجه سلوكه بطريقة غير مباشرة ويجد فيها إشباعا لحاجاته الليبيرية، ويمكن تعريف الأنبساطية والعصابية إجرائيا بأنهما مجموع درجات الأفراد على المقاييس المستخدمة لهذا الغرض.

الإبتكار:- إهتم الباحثون بتعريف الإبتكار من زوايا ورؤى عديدة كل على حسب أطره النظرية التى إنطلق منها، ولكن تعرض الباحثة هنا لبعض التعريفات مثل تعريف (تورانس Torrance ١٩٦١) للإبتكار بأنه عملية إدراك الثغرات والإختلال فى المعلومات والعناصر المفقودة وعدم الإتساق الذى لا يوجد له حل متعلم، اوالبحث عن دلائل ومؤشرات فى الموقف، وبناء على هذا التعريف كما يذكر سيد خير الله (د. ت) فإن التفكير الإبتكارى تفكير مرن، فهو وضع للفروض وإختبار لها وإجراء تعديلات فيها وإعادة إختبارها، كما أنه تفكير فى نسق مفتوح فالمعلومات ليست مقدسة بل يمكن فحصها لكى يدرك ما بينها من ثغرات وإختلالات ليست لها حلول متعلمة، ويؤكد تورانس أن هذا التعريف يشمل أنتاج شئ جديد، التفكير المغامر، الخروج عن المألوف، الإنفتاح للخبرة، ومع تعدد تعريفات الإبتكار إلا أنها مع تعددها يشترك كثير منها فى عدة معالم أساسية، فالتفكير الإبتكارى تفكير فى نسق مفتوح لا تحدده المعلومات التقليدية أو القوالب الموضوعة، كما أنه يعبر عن نفسه فى صورة إنتاج هادف يتسم بالتنوع والجدة والأصالة وبقابليته للتحقيق ويعرف سيد خير الله (د. ت) الإبتكارية بأنها قدرة الفرد على الإنتاج، إنتاجا يتميز بأكبر قدر من الطلاقة الفكرية والمرونة التلقائية والأصالة وبالتداعيات البعيده وذلك كاستجابه لمشكلة أو موقف مثير، والتفكير الإبتكارى بناء على هذا التعريف تفكير فى نسق مفتوح فهو طليق ومتنوع وأصيل وقد تضمن هذا التعريف المكونات الرئيسية للإبتكار وهى الطلاقة الفكرية، المرونة التلقائية ، الأصالة، القدرة على التداعى البعيد، وتأخذ الباحثة بهذا التعريف والذى يمكن من خلاله تعريف القدرة على التفكير الإبتكارى إجرائيا بأنها مجموع درجات المفحوصين على هذا الإختبار.

(د) دراسات سابقة:

تعرض الباحثة للدراسات التى أمكن الحصول عليها - فى حدود علمها - والتى إجريت على البيئة المصرية وهى قليلة برغم أهميتها - كما تعرض للدراسات الأجنبية، ولقد آثرت الباحثة أن تعرض للدراسات التى أجريت على الدعابة سواء التى لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بموضوع الدراسة لكى تمد القارئ بمزيد من الأستبصار بأهمية دراسة حاسة الدعابة فى أبعادها المختلفة.

- **أجرت بانسيه مصطفى (١٩٩٣)** دراسة عن النكتة فى صعيد مصر دراسة نفسية إجتماعية، وتمثل هذه الدراسة محاولة لتحليل مفهوم الفكاهات اللفظية (النكت) المتداولة فى صعيد مصر وقد أخذت محافظة سوهاج مجالا لجميع هذه النكات بإعتبارها فى قلب الصعيد وتعكس طابعه السائد، وقد جمعت ٦٠٨ نكتة تغطى عددا كبيرا من المجالات وتم تحليل مضمونها حيث تبين أنها تتناول السلوك الإجتماعى، والأداء السياسى والمجال الدينى والحياة الإقتصادية وتركز على العناصر السلبية فى المجتمع فى هذه المجالات وقد أمكن من خلال تحليل المضمون التعرف على هذه العناصر السلبية فى كل مجال.

- **أجرى رشاد عبد العزيز وأسامة حسين (١٩٩١)** هذه الدراسة بهدف معرفة الفروق بين الجنسين فى حاسة الدعابة لدى طلاب الجامعة، حيث تم إعداد مقياس حاسة الدعابة يتكون من خمس وأربعون صورة كاريكاتيرية، طبق على عينة مكونة من مجموعتين، المجموعة الأولى تكونت من مائة طالبة والمجموعة الثانية أيضا تكونت من مائة طالب، وقد أوضحت النتائج عدم وجود فروق دالة أحصائيا بين الذكور مرتفعى الدرجات على مقياس حاسة الدعابة ومجموعة الأناث مرتفعات الدرجات، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور منخفضى الدرجات على مقياس حاسة الدعابة ومجموعة الإناث مرتفعات الدرجات لصالح الإناث مرتفعات الدرجات، كما تبين وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعة الذكور منخفضى الدرجات، ومجموعة الإناث منخفضات الدرجات وذلك لصالح الذكور منخفضى الدرجات، ومن ثم أمكن الإستدلال من هذه النتائج أن الذكور أكثر إستجابة للدعابة من الإناث ما عدا مجموعة الإناث مرتفعات الدرجات على

المقياس، فقد تبين أنهن فقط أكثر إستجابة للدعابة من مجموعة الذكور منخفضى الدرجات.

- أجرى حنفى محمود إمام (د، ت) دراسة عن الضحك بالنكتة وتخفيف مستوى القلق لدى طلبة كلية تربية أسيوط حيث أفترض فرضا عاما مؤداه ،عند تعرض الطلبة ذوى مستوى القلق العالى لمثيرات الضحك بالنكتة سوف لا يظهرون دلالة إحصائية فى خفض مستوى القلق لديهم ، تم إختيار العينة من بين طلبة الفرقة الرابعة بكلية التربية جامعة أسيوط وكان إجمالى العينة ١٨٠ طالبا قسموا إلى ثلاث مجموعات، مجموعة تجريبية تتكون من ٣٦ طالبا ذوى مستوى عال من القلق ومجموعتين ضابطتين تتكون كل واحده منهم من ٣٦ طالبا ذوى مستوى عالى من القلق، ٣٦ طالبا ذوى مستوى عادى من القلق، طبق الباحث على المجموعة الأولى أختبارا قبليا للقلق ثم قضى معهم نصف ساعة قام خلالها بإضفاء روح المرح بإلقاء النكات والتى كانت تدور فى إطار اجتماعى اقتصادى عنصرى (صعيدى وبحرى) . والمجموعة الثانية طبق عليها الباحث اختبار قبلى للقلق ثم قضى معهم نصف ساعة فى محاضرة ثقافية عن الحضارة المصرية والمجموعة الثالثة طبق الباحث اختباراً قبلياً للقلق ثم تركهم لمدة نصف ساعة وعاد وطبق عليهم اختباراً بعدياً للقلق ثم طبق مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى. هذا، وقد توصل الباحث إلى أن الضحك عن طريق النكتة يمكنه أن يخفض من مستوى القلق لدى الأفراد ذوى مستوى القلق العالى.

- أجرى تينسون Tennison (١٩٩٤) : هذه الدراسة لبحث العلاقة الممكنة بين المستويات المعرفية للنمو للمراهقين الصغار والدعابة التى يحكوها، ومستوى تجريد اللغة التى تستخدم فى الدعابة بالإضافة إلى ملاحظة سلوكيات راوى النكتة لتحديد الأنماط التى تنشأ عن متعة دعايتهم، أستعرض الباحث الأطر النظرية التى تشتمل على النظريات الفلسفية، النفسية والإجتماعية عن الدعابة وأيضا الأطر المعاصرة لنمو الدعابة من الطفولة وحتى المراهقة. شارك فى الدراسة ٨٧ من المراهقين الصغار وكانوا متطوعين ومن قدرات متجانسة تم قياس القدرات اللفظية للمشاركين والنكات التى حكوها تم تصنيفها لمستوى تجريد اللغة المستخدم فى النكتة، وتم حساب معامل الإرتباط، وأوضحت النتائج وجود علاقة متوسطة إلى كبيرة بين القدرات اللفظية للمراهقين الصغار وتجريد لغة النكتة التى أستخدموها كما أن سلوكيات راوى النكتة عكست إرتباكا بالنسبة لبعض الراوين وبعض المستمعين عندما تحكى نكتة جنسية.

- أجرى بريروست Prerost (١٩٩٣) دراسة عن علاقة الرغبة الجنسية بتقدير محتوى الدعابة المرتبطة بها وحالة المزاج وفيها تم فحص تأثير تقديم دعابة بمحتوى جنسى، عدوانى ومحايد لتسعين فتاة جامعية غاضبةو تسعين فتاة جامعية غير غاضبة، تم تصنيفهن حسب الرغبة الجنسية عالية أو منخفضة، أظهرت المفحوصات ذوات الرغبة الجنسية العالية تمتعا بالدعابة الجنسية ومزاجا إيجابيا بعد مضايقتهن، بينما المفحوصات ذوات الرغبة الجنسية المنخفضة ظللن فى حالتهن المزاجية العدائية، أيدت النتائج فكرة أن مستوى الرغبة الجنسية يؤثر فى تقدير الدعابة الجنسية وقدرة المثير لتقليل الحالة المزاجية العدائية لدى الإناث.

- أجرت مارينى Marini (١٩٩٣) دراسة لإستخدام الدعابة لتعديل الإتجاهات وخفض قلق التفاعل وزيادة الرغبة للتفاعل مع الأشخاص المعوقين، شارك فى الدراسة ١١٥ طالبا جامعيا، وقد أخبر المشاركون بأنهم سوف يتعاملون مع الطلاب المعوقين بعد مشاهدة أفلام فيديو، المجموعة الأولى شاهدت فيلما مرحا، المجموعة الثانية شاهدت فيلما جادا يصف الأعاقة، المجموعة الثالثة شاهدت فيلما مرحا لا يرتبط بالإعاقة تم تطبيق مقاييس قبلية وبعدية مثل مقياس حالة وسمة القلق وإستبيان للإتجاهات نحو الأشخاص المعوقين، أوضحت النتائج أن أفلام الفيديو المرحة والتى بها فكاهة والتى ليس لها علاقة بالإعاقة قد تكون فعالة فى خفض قلق التفاعل مع الأشخاص المعوقين بالإضافة إلى أن مشاهدة الفيديو والذى يحمل رسالة جادة عن الأعاقة أيضا قد يقلل مستويات القلق، كما أن الأتجاهات نحو الأشخاص المعوقين قد تتأثر إلى حد ما بحالة الأشخاص الأنفعالية فى لحظة معينة من الوقت.

- أجرى بريروست Prerost (١٩٩٣) هذه الدراسة لتشجيع حاسة الدعابة بين الأشخاص المسنين أثناء أحداث الحياة الضاغطة حيث تم إجراء تخيلى لتشجيع إنتاج الدعابة، وهذه الإجراءات إشتملت على تمرينات للتنفس لتشجيع الإسترخاء وتخيل مواقف ضاغطة وإستخراج الدعابة، وقد

أظهرت الدراسة أن الضحك قد يقاوم المزاج المكتئب فى حين ينعش إحساس الشخص بالقيمة الشخصية.

- أجرى أوفر هولسر Overholser (١٩٩٣): دراسة عن الدعابة وضغوط الحياة، وأوضح فيها أن الدعابة قد تزودنا بطريقة للتعامل مع عديد من المواقف الضاغطة. كما أوضح أنه لسوء الحظ فإن المقياس العلمى للدعابة قد عانى من الكثير من المشكلات المنهجية كإنخفاض معامل الثبات، والتحيز، والمرغوبية الإجتماعية، أشتملت عينة الدراسة على ٩٦ طالبا جامعيا، تم تطبيق مقياس لتقدير الدعابة، والدعابة الإبتكارية، أوضحت النتائج أن الدعابة ترتبط بإنخفاض الوحدة والإكتئاب، وأنها ترتبط بتقدير ذات مرتفع، وهذه العلاقات تختلف حسب الجنس، وتكرار أستخدام المفحوصين الدعابة للتعامل، كما أيدت النتائج فكرة أن حاسة الدعابة تلعب دورا فى التوافق النفسى لبعض الأفراد.

- أجرى هامبس Hampes (١٩٩٢) دراسة عن العلاقة بين الألفة والصداقة الحميمة ،وروح الدعابة، تم إستخدام مقياس لقياس الألفة وأستبيان إستجابة الدعابة الموقفية لطلاب جامعة عددهم ١٠٣ تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٥٢، وقد أوضحت النتائج أن المجموعات ذات الألفة والصداقة حصلوا على درجات عالية فى روح الدعابة عن المجموعات الأقل فى الألفة والصداقة، كما أن الدعابة تساعد الناس على النجاح فى علاقات حميمة لأنها تسمح لهم أن يتعاملوا مع ضغوط هذه العلاقات.

- أجرى أدواردز وجيبونى Edwards & Gib-boney (١٩٩٢) هذه الدراسة والتى أوضحا فيها أن الدعابة أداة هامة للمدرس فى الكليات وأن الضحك هام وضرورى فى حياة الفرد وله تأثيرات فسيولوجية، فالضحك يقلل الضغوط وقد يسهل الأبتكارية وأن أستخدام الدعابة قد يعزز أو يعوق عملية التعلم، كما أوضحا أن الدعابة فى الفصل تكون غير مرغوب فيها لو كان الطالب هو هدف النكتة وأن الدعابة يكون لها تأثيرا إيجابيا فى الفصل لو تحاشينا مصاحباتها السلبية.

- أجرى بويد Boyd (١٩٩٢) دراسة على ٣٠ مفحوصا لبحث تأثير الدعابة على التوافق، العاطفة، أدراك الصحة، الألم، تم توزيع المفحوصين عشوائيا على ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى مجموعة الدعابة شاهدت فيلما مضحكا، والمجموعة الثانية شاهدت فيلما محتوياته غير مرحة، أما المجموعة الضابطة فلم ترى أفلاما، المجموعة الأولى والثانية شاهدت الأفلام ثلاث مرات أسبوعيا لمدة أسبوعين ولمدة ساعة كل مرة، تم قياس المتغيرات التابعة لدى المفحوصين قبل بداية التجربة، وبعد مشاهدة الأفلام وطلب من المشاركين أن يكملوا أستمارة أثناء مشاهدة الفيلم وإلى أى درجة يشعر المفحوصون بتحسن لرؤية الأفلام، أظهرت نتائج الدراسة تأييد محدودلفاعلية الدعابة، بينما لم تكن هناك نتائج دالة بالنسبة لتقليل الألم، التوافق، إدراك الصحة، كما أن التحسن بالنسبة للسعادة بعد مشاهدة الأفلام أشار إلى إحتمال إيجابى للدعابة، كما أظهرت النتائج أرتباطا دالا بين الضحك والسعادة بعد رؤية الأفلام، كما أن النتائج الخاصة بالعلاقة بين التعامل خلال الدعابة والعاطفة قد حصلت على بعض التأييد.

- أجرى كراوفورد وجراسلى Crawfoord & Gressley (١٩٩١) هذه الدراسة لفحص العلاقة بين الدعابة والجنس (ذكر- أنثى) باستخدام أستبيان القصص، وذلك على عينة تتكون من ٢٠٣ بالغ، ومع أن النتائج أظهرت تشابها بين الذكور والإناث بالنسبة للدعابة، فإن التحليل العاملى أظهر وجود فروق بينهما، كما أوضح تحليل المحتوى للقصص المكتوبة أن الذكور والإناث يوافقون على أن الإبتكارية، والأهتمام، مكونات لحاسة الدعابة، ومع ذلك فإن الإناث يفضلن الحكايات والنوادر والقصص، بينما يستخدم الذكور النكات غالبا ويدركون أنفسهم بأنهم يملكون حاسة دعابة جيدة، وقد أقترح أن التعريف الشعبى لحاسة الدعابة لا يؤيد التعريفات الموجودة غالبا فى التجارب النفسية حيث أنها تعرف إجرائيا بأنها تقديرات النكتة والرسوم الكاريكاتورية العدائية غالبا.

- أجرى هيبرت Hebert (١٩٩١) دراسة عن الدعابة فى الفصل، والنظريات، وفيها أستعرض نظريات الدعابة مثل نظرية التفوق، والتنافر، وأوضح أن البحث قد كشف عن علاقة موجبة بين الدعابة والإبتكارية، والفاعلية والصحة العقلية، وأن الدعابة تساعد على زيادة رضا وإنتاجية الطلاب والمدرسين.

- أجرى زيف وجادش Zif & Gadish (١٩٩٠) دراسة عن الدعابة والموهبة لدى ١٥١ بالغ موهوب، وقد كشفت الدراسة عن أن البالغين الموهوبين ذوى الدعابة أكثر إنبساطية وإبتكارية وأقل فى الحاجة إلى الإستحسان الإجتماعى وذلك بالمقارنة بالبالغين الموهوبين.

- أجرى همفريس Humphreys (١٩٩٠) دراسة عن القلب المرح دواء جيد: المنافع الجسمية والأنفعالية للدعابة، أستعرض الباحث مفاهيم الدعابة، الضغوط، ودراسات عن القلق أضطراب المزاج، الإكتئاب وتأثيرات الدعابة على وظيفة المناعة، الألم، الدورة الدموية والتنفس والأمراض الجسمية والفروق الجنسية، وأستنتج الباحث وجود دليل كاف للمنافع الجسمية والإنفعالية للدعابة.

- أجرى ديكنسون Dickinson(١٩٩٠) دراسة عن الدعابة عبر الثقافات أفترض فيها أن الأفراد من لغات مختلفة سوف يختلفون فى النكات التى يعتبرونها مضحكة وأن الفروق سوف ترتبط بالثقافة أكثر من إرتباطها بنقص مفردات اللغة، تم تقديم أستبيان به ٣٠ نكتة لواحد وخمسين مدرسا من أصل إنجليزى، ١١ من الوطنين المتحدثين باللغة الإنجليزية، وطلب من المفحوصين أن يصنفوا النكات على مقياس خماسى وأن يسجلوا نكتة من ثقافاتهم، وأوضح تحليل الإستجابات أن جوهر النكتة يبدو أنه يعتمد على عرض موضوع غير متوقع وغريب فى مكانه وأن الموضوع المتاح للأفراد دالة للثقافة أو الثقافة الفرعية التى ينتمون إيها.

- أجرى أدير وسيجل Adair & Siegel (١٩٨٤) هذه الدراسة بهدف بحث تأثير الدعابة على الأداء لعمل ضاغط تكونت العينة من ٤٠ طالبا جامعيا أنجزوا أختبار رياضيات تحت واحد من أربعة أحوال تجريبية «ضغوط عالية، أو متوسطة، وجود أو عدم وجود الدعابة، أوضح تحليل النتائج أن الدعابة لم تقلل تقديرات التعقيد، الوقت، إنهماك الذات، فى أحوال ضاغطة عالية أو منخفضة، ومع ذلك فإن كل من التأثير الأساسى للدعابة بواسطة تفاعلات الضغوط كانت دالة إحصائيا، توضح أن الدعابة تحسن مستوى إنتاج العمل التالى.

فروض الدراسة :-

من خلال الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة فى هذا الشأن أمكن صياغة تلك الفروض:-

١ - هناك علاقة دالة أحصائيا بين حاسة الدعابة والأنبساطية لدى طلاب الجامعة.

٢ - هناك علاقة دالة إحصائيا بين حاسة الدعابة والعصابية لدى طلاب الجامعة.

٣ - هناك علاقة دالة إحصائيا بين حاسة الدعابة والقدرة على التفكير الأبتكارى لدى طلاب الجامعة.

إجراءات الدراسة الميدانية :-

- أدوات الدراسة :-

أستعانت الباحثة ببعض الأدوات النفسية المتاحة والتى أعيد تقديمها على مفحوصى الدراسة وهى:-

(أ) قائمة أيزيك للشخصية Eysenck Personality Inventory إعداد جابر عبد الحميد جابر ومحمد فخر الإسلام، ويتكون مقياس العصابية من ٢٤ بندا، والدرجة العالية على هذا المقياس تدل على عصابية واضحة كما يتكون مقياس الأنبساط من ٢٤ بندا والدرجة العالية على هذا المقياس تدل على أنبساط واضح، وقد وجد إيزيك أن مقياس الأنبساط له القدره على التفرقة بين المنبسط والمنطوى، وقد تم حساب ثبات مقياس العصابية والإنبساطية بطريقة إعادة إجراء الأختبار على مجموعة من طلاب الجامعة عددهم «٥٠» طالبا وكانت «ر» = ٠,٧٦ كما أن قيمة «ر» لمقياس الأنبساطية على نفس المجموعة السابقة = ٠,٨٧ وهى قيم دالة أحصائيا عند مستوى دلالة ٠,٠١ (محمود أبو النيل ١٩٨٤).

(ب) أختبار القدرة على التفكير من إعداد سيد خير الله (د.ت) ويتكون من أربعة أختبارات فرعية وهى الأستعمالات، المترتبات، والمواقف، والتطوير والتحسين، وفى طريقة التصحيح، يقدر لكل مفحوص أربع درجات على إختبار وهى الطلاقة الفكرية، المرونة التلقائية، الأصالة، وقد تأكد الباحث من ثبات وصدق الأختبار على البيئة المصرية، هذا، وقد قامت الباحثة بإجراءات الضبط الأحصائى على مفحوصى الدراسة، فالنسبة للثبات قامت الباحثة بحساب قيمة «ر» بين درجات المفحوصين فى التطبيق الأول والثانى وكانت = ٠,٧٦ وهى قيمة دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ كما تأكدت أيضا من صدق الأختبار عن طريق الصدق التلازمى وذلك بالحصول على معامل الأرتباط بين درجات المفحوصين على إختبارة القدرة

على التفكير الأبتكارى، ودرجاتهم فى التحصيل الدراسى للعام الدراسى السابق للتطبيق وكانت قيمة «ر» =٠,٥٧ وهى قيمة دالة عند ٠,٠١ .

(جـ) مقياس حاسة الدعابة:

خطوات إعداد مقياس حاسة الدعابة:ـ

من خـلال الإطلاع على التـراث النفسى فى هذا شـأن لاحظت الباحثة أن موضوع حاسة الدعابة لم يتناوله الباحثون كثيرا وخاصـة فى فترة الثمانينات والتسعينات وذلك رغم أهمية تناوله على المستوى التعليمى والإرشادى والعلاجى، ورغم بعض المحاولات العلمية الرائدة فى هذا الشأن إلا أن دراسة واحدة أو أثنين لا تعد كافية ومن ثم جاءت دراسات الدعابة نظرية فى الأغلب الأعم وتفتقر إلى وسائل القياس الموضوعى، ومن ثم حاولت الباحثة أن تعد هذا المقياس وفيما يلى خطوات أعداده:

١ ـ الإطلاع على بعض المراجع العربية والأجنبية، بما فى ذلك التراث النفسى والإجتماعى وبعض المقاييس النفسية عن التوافق النفسى.

٢ ـ تم توجيه إستفتاء مفتوح لبعض المفحوصين من طلاب الجا معة الذكور منهم والإناث يتضمن بعض الأسئلة عن ما هى مظاهر الدعابة؟ ما هى خصائص الشخص الذى تعتقد أنه يمتلك حاسة الدعابة؟ هل هناك أمثال عامية وأقوال مأثورة عن الدعابة، الفكاهة، الضحك، المرح، الهزل، وما إلى ذلك من أسئلة، وبعض الجمل الناقصة لتكملتها مثل الدعابة هى....، الضحك سلوك....، وقد تم قراءة أستجابات الطلاب جيدا وأمكن صياغة عبارات المقياس وهى تدور حول الأفعال أو الاقوال والتى من شأنها ان تثير الضحك، والبحث عن الدعابة والنكتة من خلال القراءات، والقدرة على خلق المواقف الضاحكة والتقاط القفشة، ومصادقة من يتمتعون بروح الفكاهة والتى يمكن استغلالها فى التخفيف من حدة الأحزان، وكذلك بعض الأمثال العامية التى تحمل عبق وخبرة الشعب المصرى.

٣ ـ عُرِض المقياس فى صورته الأولية على بعض المحكمين منَ أساتذة علم النفس والصحة النفسية للتأكد من صياغة العبارات وملاءمتها لما وضعت لقياسه، وبناء على تلك الخطوة أمكن حذف بعض العبارات والأمثال والأقوال التى لم يتفق عليها معظم المحكمين كما أمكن تعديل صياغة البعض الآخر.

٤ ـ إجراءات الضبط الإحصائى لمقياس حاسة الدعابة.

أولا: الثبات:ـ

(أ) تم حساب قيمة «ر» بين درجات الأفرد فى التطبيق الأول والثانى بعد مرور عشرة أيام، وكانت «ر» = ٠,٧٣ وهى قيمة دالة عند مستوى ٠,٠١، ن = ٥٠

(ب) كما حسبت قيمة «ر» بين درجات الأفراد على جزئى المقياس وكانت «ر» = ٠,٧١ وهى قيمة دالة عند مستوى ٠,٠١ .

ثانيا: الصدق:ـ

(أ) صدق التحكيم حيث عرض المقياس على بعض المحكمين وقد تم الأخذ بتوجيهاتهم من حيث صياغة العبارات ومدى ملاءمتها لما وضعت لقياسه.

(ب) الصدق العاملى لبنود المقياس، أستخرجت معاملات الإرتباط بين إستجابات عينة من المفحوصين من طلاب الجامعة الذكور منهم والإناث عددهم «٩٢» ثم حللت معاملات الإرتباط بين البنود عامليا بطريقة هوتيلنج المكونات الأساسية وأستخدم محك جتمان لتحديد عدد العوامل «العامل الجوهرى» ما كان له جذر كامن ١ ثم أديرت العوامل تدويرا متعامدا بطريقة الفاريماكس وتم

العوامل	الجذر الكامن	العبارات
العامل الأول	٧,٨٣٧	٤٢, ٥٣, ٥٦, ٣٤, ٣٣, ٢١, ٤٦, ٨, ٥٧, ٢, ٢٩
العامل الثانى	٣,٢٤٦	٣٢, ٤٥, ٢٤, ٥٥, ١٩, ١٧, ٥.
العامل الثالث	٣,٠٧٧	٢٠, ٧, ١٦, ١٠, ٢٦, ٣٧, ٤, ٣٣, ٥, ٢٨, ٢٧, ٤٧, ٤٩
العامل الرابع	٢,٦٨	١٣, ١١, ١٨, ٣٦, ٤٠, ١٢, ١٧, ٤٨, ٢.
العامل الخامس	٢,٤١٧	٦, ٤٣, ٢٩, ٣٤, ٤٨, ٩.
العامل السادس	٢,٣٨٤	٥٤, ٣٩, ٨, ٥٨, ٤, ١٤, ٥٩, ٤٠, ١٨.
العامل السابع	٢,١٣١	٢٥, ٤٧, ٩, ٥٥, ٢٨, ٥٠.
العامل الثامن	٢,٠٨٧	٢٢, ٥١, ٢٣, ١٩, ١, ٢, ٢٦, ٤٠, ٥٧, ٣٨.
العامل التاسع	١,٨٢١	٤٤, ٣, ٣٠, ١٧, ٥٠, ٥٦, ١, ٤٧.
العامل العاشر	١,٧٩١	٤٩, ٣٥, ١٥, ٣١, ٧, ٥٢, ١٤.
العامل الحادى عشر	١,٧١٢	٣٩, ٤١, ٥٢, ٥٧, ٣٦, ٥, ٥٠, ٥٧.

أستخراج أحد عشر عاملا ويبين جدول (١) هذه العوامل وجذورها الكامنة.

جدول (١) العوامل وجذورها الكامنة والعبارات

هذا، وقد أصبح المقياس بعد التحليل العاملى يتكون من «٥٩» عبارة موزعة على أحد عشر عاملا وهى:

العامل الأول: -

جذره الكامن = ٧,٨٧٣ ويمكن أن نطلق عليه عامل «**أهمية الدعابة فى الحياة**» وتشبعاته الجوهرية موجبة وهى كالتالى حسب ترتيب العبارات فى الجدول السابق ٠,٧٢٨، ٠,٦١٩، ٠,٥٨٢، ٠,٥٤٦، ٠,٤٧٩، ٠,٤٣٧، ٠,٤٣٠، ٠,٤٢٢، ٠,٤١٤، ٠,٣٢٦، وعدد عبارات هذا العامل ١١ عبارة تدور حول أهمية الدعابة فى الحياة، فالحياة بدون دعابة عبء ثقيل لأنها تساعد على تصفية النفوس من كدرها وتعبها ومن ثم نميل إلى مصادقة من يتمتعون بتلك الدعابة.

العامل الثانى: -

جذره الكامن = ٣,٢٤٦ ويمكن أن نطلق عليه «**أهمية وقيمة امتلاك الأنسان لروح الدعابة**» فالإنسان يتمنى أن تتعانق روح الدعابة والفكاهة فى جنبات حياته حتى ولو كان يعيش حياة بسيطة فما معنى امتلاك الإنسان لأفخر الماديات وهو يعيش حياة كئيبة تخلو من الروح المرحه، فما أكثر ما نرى الأثرياء يحسدون البسطاء على حياتهم البسيطة والمتواضعة جداً ولكن تعلوها البسمة والصفاء، وعدد عبارات هذا العامل «٧» عبارات وتشبعاتها موجبة كالتالى ٠,٧٢١، ٠,٦٧٦، ٠,٥٧٩، ٠,٤٠٤، ٠,٣٥٥، ٠,٣١١، ٠,٣٠٩، ٠.

العامل الثالث: -

جذره الكامن = ٣,٠٧٧ ويمكن أن نطلق عليه عامل «**أهمية إدراك الفرد لتلك الروح الفكاهية فى نفسه وحسن إستغلالها**» وتشبعاته كالتالى: - ٠,٦٠٢- ٠,٥٩٧ - ٠,٥٦٧ - ٠,٥٥٦ - ٠,٥٤٤ - ٠,٥٢٨ - ٠,٥٠٦ - ٠,٤٩٧ - ٠,٤٥٣ - ٠,٤٤٣ - ٠,٣٨٥ - ٠,٣٤٥ - ٠,٣٠٥ - ٠، وعدد عبارات هذا العامل «١٣» عبارة تدور حول أن من يمتلك تلك الحاسة يستطيع أن يداوى بعض ما يعانيه الآخرون من حزن وكآبه ومن ثم فهو ينتهز تلك الروح المرحة ويحاول أن يدعمها بالبحث عن أى جديد يضفى مرحا على روحه المرحه.

العامل الرابع: -

جذره الكامن = ٢,٦٨٨ ويمكن أن نطلق عليه عامل «**الدعابة سلوك إيجابى**» وتشبعاته كالتالى ٠,٦٥٣، ٠,٥٨٢ - ٠,٥٦٣، ٠,٤٦٧ - ٠,٤٢١ - ٠,٤١٦ - ٠,٣٩٩، ٠,٣٩٨، ٠,٣٢٩ - ٠، وعدد عباراته «٩» تدور حول أن الدعابة سلوك إيجابى يستطيع من خلاله الأنسان أن يعدل من بعض العادات غير المقبولة إجتماعيا.

العامل الخامس: -

جذره الكامن = ٢,٤١٧ ويمكن أن نطلق عليه عامل «**الميل إلى تذوق الفكاهة والدعابة حتى ولو كانت من ثقافة مختلفة**» وتشبعاته كالتالى: - ٠,٧٠٨، ٠,٤٨٩، ٠,٤٧٢ - ٠,٤٤١، ٠,٣٩٨ - ٠,٣٢٨، ٠، وعدد عباراته «٦» عبارات تدور حول الميل إلى قراءة الصحف وأدراك مدلول النكتة والدعابة حتى ولو كانت من ثقافة أخرى وكذلك أيضا أدراك الفرد لأهمية الدعابة فى حياته.

العامل السادس: -

جذره الكامن = ٢,٣٨٤ ويمكن أن نطلق عليه عامل «**فائدة الضحك والدعابة**» وتشبعاته موجبة كالتالى: ٠,٦٧٩، ٠,٥١١، ٠,٤٥٧، ٠,٤٤٦، ٠,٤٠١، ٠,٣٩٩، ٠,٣٧٦، ٠,٣٤٠، ٠,٣٠٩، ٠، وعدد عباراته «٩» عبارات تدور حول أن من فوائد الضحك، أدراك العيوب ومحاولة تعديلها وأصلاحها وأن الأبتسامة عند الهزيمة تجدد الأمل.

العامل السابع: -

جذره الكامن = ٢,١٣١ ويمكن أن نطلق عليه عامل «**أهمية أن يبدأ الأنسان يومه بوجه باسم مشرق**» وتشبعاته كالتالى - ٠,٦٣٦، ٠,٥٢٦ - ٠,٤٤٢، ٠,٣٨٧ - ٠,٣١٨ - ٠,٣٠١، ٠، وعدد عباراته «٦» عبارات تدور حول أعتقاد الأنسان فى أن الوجه الباسم يجلب الربح حيث أن الأبتسامة تؤثر القلوب، ويفضل الناس التعامل مع ذوى الوجه الضاحك، كما يتفاءل الكثير برؤية الوجه الضاحك وأن دل هذا على شئ فإنما على أهمية أن تنسجم حياتنا وتتناغم من خلال ضحكاتنا ودعابتنا حتى ولو كانت الحياة بسيطة.

العامل الثامن: -

جذره = ٢.٠٨٧ ويمكن أن نطلق عليه عامل «**القدرة على حل المشكلات بالدعابة**» وتشبعاته كالتالى - ٠,٦٨٥

- ٠,٦٨٤، ٠,٦٠٥، - ٠,٥١٢، - ٠,٤٣٧، - ٠,٤٠٠، - ٠,٣٨٩، - ٠,٣٧١، - ٠,٣٤٠، - ٠,٣٢٠، وعدد عباراته تدور حول أن فى امكان الإنسان أن يتغلب على أو يخفف من حدة ما يواجهه من مشكلات بالإبتسامة أو كما نقول اضحك للدنيا تضحك لك.

العامل التاسع: -

جذره الكامن ١,٨٢١ ويمكن أن نطلق عليه عامل «**الدعابة تدل على سلامة العقل وصحته**»، وتشبعاته موجبة وهى كالتالى: ٠,٦٨٠، ٠,٦٠٣، ٠,٥١٣، ٠,٣٨١، ٠,٣٤٤، ٠,٣٤٠، ٠,٣٢٢، وعدد عباراته «٨» عبارات تدور حول أن من يستخدم الدعابة إنما يتمتع بسرعة البديهة وذكاء إجتماعى يمكنه من مواجهة أعبائه بالأبتسام بدلا من ألقائها على الآخرين.

العامل العاشر: -

جذره الكامن = ١,٧٩١ ويمكن أن نطلق عليه عامل «**أدراك المتناقضات من خصائص الدعابة**»، وتشبعاته كالتالى: ٠,٦٢٤، ٠,٥٨٩، ٠,٤٩٧، ٠,٤٢٨، - ٠,٣٤٠، ٠,٣١٦، ٠,٣١٤، وعدد عباراته «٧» عبارات تدور حول أن فى امكان الانسان أن يلتقط المتناقضات ويخرج منها بشىء باسم، وهو فى هذا إنما يدل على أن الابتسامة والدعابة تميل بالانسان إلى حسن تقدير للأمور، الأمر الذى قد يمكنه من التغلب على الفشل، فإدراك المتناقضات وما يتولد عنها من فكاهة ليس إثماً.

العامل الحادى عشر: -

جذره الكامن = ١,٧١٢ ويمكن أن نطلق عليه عامل «**الفكاهة والإبتسامة أمل**»، وتشبعاته كالتالى ٠,٨١٥، ٠,٦٢٩، ـــ ٠,٤٧١، ٠,٤١٥، ـــ ٠,٣٩٦، ـــ ٠,٣٩٥، ٠,٣٩٠، ـ ٠,٣٨١، وعدد عباراته «٨» عبارات تدور حول أن الفكاهة أمل تتجدد من خلالها الحياة، حيث لا مبرر أن يترك الأنسان نفسه للأحزان ومن ثم فعليه أن يسعى لخلق المواقف الضاحكة ويتفاءل برؤية الوجه المبتسم، فالدعابة والضحك وبشاشة الوجة أمل وغذاء روحى للإنسان.

الدراسة الأساسية: -

(أ) خصائص المفحوصين: تم تطبيق أدوات الدراسة السابقة بعد التأكد من خصائصها السيكومترية على مجموعة من المفحوصين من طلاب كليات جامعة المنصورة، من تخصصات عملية وأدبية مختلفة، عددهم ٨٠ طالبا وطالبة وقد روعى تساوى عدد الطلاب والطالبات، وتساوى نسبة التخصصات لكل منهم، وقد تراوحت أعمارهم من ١٨ - ٢١ عاما.

(ب) المنهج المتبع فى الدراسة: أستخدمت الدراسة المنهج الأرتباطى.

(جـ) حدود الدراسة: يقصد بحدود الدراسة هنا حدود تعميم النتائج (فؤاد أبو حطب وأمال صادق ١٩٩١) ولذا يرجى مراعاة خصائص المفحوصين والأدوات المستخدمة والمعالجات الأحصائية.

(د) الأساليب الإحصائية: تم حساب قيمة «ت» لنتائج الدراسة الإستطلاعية والتحليل العاملى، وحساب معامل الإرتباط لنتائج الدراسة الأساسية.

عرض وتفسير نتائج الدراسة: -

توضح الباحثة نتائج الدراسة الإرتباطية فى هذا الجدول

جدول (٢) نتائج الدراسة

مسلسل	المتغيرات	قيمة «ر»	مستوى الدلالة
١	الانبساطية	٠,٧٦	٠,٠١
٢	العصابية	٠,٦٥	٠,٠١
٣	الأبتكارية	٠,٧٩	٠,٠١

١ - بالنسبة للفرض الأول والذى مؤداه «**توجد علاقة دالة إحصائيا بين حاسة الدعابة والإنبساطية لدى طلاب الجامعة**» أوضحت نتائج هذا الفرض أن قيمة «ر» = ٠,٧٦ وهى قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ٠,٠١ (جدول ٢-١).

هذا، وتتفق نتائج هذا الفرض ودراسة زيف وجادش Ziv & Gadish (١٩٩٠) والتى توصلا فيها إلى أن البالغين الموهوبين ذوى الدعابة أكثر إنبساطية، كما تتفق ودراسة هامبس Hampes (١٩٩٢). إن الضحك يفترض دائما وجود الآخر الذى نسخر منه أو نتعاطف معه أو نشترك معه فى

السخرية من شخص ثالث أو نتبادل معه النكتة أو نقلده فى ضحكة، فالضحك يستلزم ضربا من المشاركة بين الضاحك وغيره من الضاحكين. فالنكتة أو الملحة تتطلب على أقل تقدير مجتمعا صغيرا يتكون من ثلاثة أشخاص، راوى النكتة والشخص الذى تروى عنه النكتة ثم المستمع الذى يقوم بدور الشاهد أو الحكم والذى قد يكون فرداً أو جماعة، فالأندماج فى المجتمع هو الشرط الضرورى لمشاركة أفراده فكاهتهم وضحكهم (زكريا إبراهيم، ١٩٥٨).

كما أن الضحك يعتمد إعتمادا كليا على أستعداد الإنسان للمشاركة الوجدانية Sympathy بينه وبين أفراد نوعه، فإذا لم يكن هناك تفاعل عاطفى انعدم الركن الذى يعتمد عليه الضحك (أحمد عطيه، ١٩٤٧).

هذا، ويذهب عبد الحليم محمود وآخرون (١٩٩٠) إلى أن الأنبساطى شخص أجتماعى يحب الحفلات وله أصدقاء عديدون ويحتاج إلى الناس ليتبادل معهم الحديث وهو تواق للإثارة، يغتنم الفرص وهو بشكل عام إنسان مندفع مولع بالدعابات العملية ولديه إجابات حاضرة على الدوام ويحب التعبير وهو لا مبال ومتفائل ويحب الضحك والمرح وهو يفضل على الدوام أن يتحرك وأن يفعل شيئا ما وهو يميل إلى العدوانية.

فالشخص المنبسط بحكم أتصالاته وأحتكاكه وأغتنامه للفرص يميل أن يصنع موقفا فكاهيا فيلتقط المفاجأة وعدم التوقع والمفارقة والتباين بين الأفكار والأقوال والأفعال، فعناصر اللهو والمرح والتسلية وهى من العناصر الوجدانية التى تدخل فى ظاهرة الضحك، ترى الباحثة أيضا أنها من سمات المنبسط وإذا أخذنا فى الإعتبار طبيعة العينة وهم شباب الجامعة الذين يقضون أوقاتهم فى نشاطات جماعية قلما يستغلونها فى الدراسة والبحث، وإذا تم تناولها فعادة ما تتم بأسلوب اللهو والتسلية والفكاهة وهم فى ذلك يكونون إتجاهات وجدانية ضد غير المرغوب فيه إجتماعيا ويسعون من ورائها إلى الإصلاح والتجديد، كما أن طبيعة المجتمع الذى يتجمع فيه القروى والمدنى عادة ما يخلق مفارقات لا بأس بها يكشف عن طبيعة الصراع الطبقى الذى يخلق أنواع الفكاهة المعروفة لدينا.

هذا، وترى الباحثة أنه بالرغم مما يتمتع به الشخص المنبسط من حب ومشاركة الآخرين، إلا أن بعض الأفراد قد ينكرون عليه تلك المشاركة والتواصل الإجتماعى مع الآخرين وسعيه وراء إلتقاط المفارقات والضحك والتسلية ومن ثم قد نجد أن شعوره بالتفوق والإمتياز بحكم مكانتة بين الآخرين الذى قد يقترن بالضحك، كثيرا ما يكون مجرد محاولة تعويض يراد بها تغطية خوفه من إنكار الآخرين له.

٢ - بالنسبة للفرض الثانى والذى مؤداه :**توجد علاقة دالة إحصائيا بين حاسة الدعابة والعصابية لدى طلاب الجامعة**، أوضحت نتائج هذا الفرض أن قيمة «ر» ٠,٦٥ وهى قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة٠,٠١ (جدول ٢ - ١).

هذا، ويتسم العصابى بصفة عامة بوجود صراعات داخلية وبتصدع فى العلاقات الشخصية وظهور أعراض مختلفة أهمها القلق والخوف والإكتئاب. (عبد الحليم محمود وآخرون، ١٩٩٠) فالإنسان كثيرا ما يواجه مواقف الخوف والقلق والهلع بأن ينفجر ضاحكا لأنه حينما يضحك الإنسان لمواجهة المواقف الخطيرة التى يتعرض لها فإنه بلا شك إنما يحاول عن طريق الضحك أن يرفع من روحه المعنوية أن يعمل على تقوية حظه من الشجاعة (زكريا إبراهيم، ١٩٥٨).

ويذهب جابر عبد الحميد (١٩٨٦) إلى أن الأفراد الذين يقعون عند طرف بعد العصابية يميلون إلى التعرض للقلق ويسهل أستثارتهم، ولكى يتجنب الفرد الإحساس بالألم من ضغوط الحياة اليومية ويخفف من حدة ضغوطه وقلقه بأزائها نجده يلجأ إلى الآليات الدفاعية، والتى لها خاصية تحريف الواقع أو حتى إنكاره (سيد غنيم ١٩٧٢) وفى هذا الصدد يذكر صاموبل Samuel (١٩٨١) أن إبتكارية فرويد تظهر فى تطبيقه لمفاهيم اللاشعور وذلك فيه تحليله للدعابة بأن الأنا قد تتخذ فى حالات القلق أو الحصر النفسى والضيق وجهة نظر الأنا الأعلى ومن ثم فإنها قد تنجح عن هذا الطريق فى أن تنظر إلى هموم الأنا العادية ومشاغلها الطبيعية بشئ من التحرر، (ويشير زكريا إبراهيم، د.ت) أن فرويد يذكر أن إنكار الواقع عن طريق النكتة ضربا من السمو الأخلاقى الذى يرجع إلى ما يقوم به الآنا الأعلى من دور هام فى صميم هذا النوع من أنواع الضحك، فالفكاهة تؤدى دورا رئيسيا هاما فى صميم حياتنا النفسية لأنها بأستبعادها لإمكانية الألم تتخذ مكانها بين الأساليب الفعالة التى أبتدعها عقل الأنسان للتحرر من قسر الألم فهى تعمل على تحريرنا ورفع مستوانا النفسى فهى أداة

فعالة تحافظ على كيان صحتنا النفسية، ولعل نتائج هذا الفرض تتفق مع ما توصل إليه (حنفى محمود، د. ت) فى دراسته حيث أشار إلى أستخدام الأفراد للضحك كميكانيزم مثله مثل الميكانيزمات الدفاعية الأخرى ليكونوا قادرين على التعامل بكفاءة عالية مع القلق وضغوط الحياة اليومية حيث تحمل النكات فى طياتها العديد من الحيل النفسية التى يكون لها تأثير كبير فى إنجاح الدور السيكولوجى الذى تلعبه فى حياة الإنسان بحيث تمكنه من تحقيق التكيف مع بيئته وحمايته من الإعاقة النفسية المسببة للقلق والإضطرابات النفسية فإذا أشتد الصراع الدائر فى نفس البشرية وزاد التوتر والقلق لجأ الإنسان إلى خفض هذا التوتر بإستخدام الحيل النفسية، وقد أدرك المبدعون هذه الحقيقة وصاغوها فى الأمثال والنكات والأغانى الشعبية فالنكات تحوى فى طياتها كثيرا من الحيل النفسية الدفاعية، ففى مواقف الفكاهة على إختلاف أنواعها شيئا من النكوص إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو وكأن الأفراد يريدون عن طريق الضحك أن يعودوا إلى طفولتهم حتى تسقط عنهم تبعات الحياة اليومية بكل همومها ومشاغلها.

٣ ـ بالنسبة للفرض الثالث والذى مؤداة «**توجد علاقة دالة إحصائيا بين حاسة الدعابة والقدرة على التفكير الإبتكارى لدى طلاب الجامعة**»، أوضحت نتائج هذا الفرض أن قيمة «ر» = ٠,٧٩ وهى قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ٠,٠١ (جدول ٢ ـ ٣).

وتتفق هذه النتائج ودراسة روف Rouff(١٩٧٥) الذى أشار إلى أن الإبتكارية لدى البالغين ترتبط إرتباطاً موجبا دالا بمستوى فهم وإدراك الدعابة، كما تتفق ودراسات تورانس Torrance(١٩٦١) ودراسات جيتزلز وجاكسون Getzels & Jackson (١٩٦٢) ودراسات ماك غى McGhee (١٩٧٦) الذى لاحظ علاقة متوازية بين المرح والإبتكارية، كما وجد جيدنسكى Gidynsky(١٩٧٥) أن فهم وإدراك الدعابة يكون أكثر بين المبتكرين وذلك بالمقارنة بالأولاد فى مرحلة ما قبل المراهقة، الأقل إبتكارية، فالروح الإبتكارية تنطوى على عنصر تقدير Appreciation وعنصر إبداع Greation يستطيع بمقتضاه الشخص أن ينتزع إستجابة الضحك من الآخرين، ومن هنا فإن الباحثين الذين عنوا بدراسة روح الفكاهة لم يقصروا بحوثهم على معرفة قدرة الأفراد على تذوق النكتة بل قد إهتموا أيضا بمعرفة مدى نجاح هؤلاء الأفراد فى تكملة الدعابات الناقصة ووضع أسماء للرسوم الهزلية وتأليف نكت لبعض الصور الكاريكاتورية، فالكثير من الفكاهات يفترض قدرا غير قليل من القدرة العقلية أو سرعة البديهة أو دقة الحس، (زكريا إبراهيم، ١٩٥٨) كما أعتبر (ماك غى وشمبان McGhee & Chapman، ١٩٠٨) الدعابة كفعل إبداعى، فالفرد المبتكر لديه إستبصارات أكثر من الآخرين، ويقترحا أن البالغين المبتكرين يظهرون فهما وتقديرا أكبر للدعابة التى يحدثها الآخرون ويربطون بين حب الإستطلاع والإبتكارية، حيث أن الأفراد ذوى حب الإستطلاع العالى أكثر إحتمالا أنهم يتمتعون ويبحثون عن ما هو غير مألوف وأشكال التضارب والتنافر من المثيرات ولا شك أن هذه الخصائص تزيد مستويات الإبتكارية، كما أستنتج سيوتن ـ سميث Sutton - Smith(١٩٦٧) أن متغير الإبتكارية والدعابة متشابهان بنائيا، ومن وجهة نظر الباحثة فإنها ترى أن تعريف (سيد خير الله د. ت) للإبتكارية بأنها قدرة الفرد على الإنتاج، إنتاجا يتميز بالطلاقة الفكرية والمرونة التلقائية والأصالة وبالتداعيات البعيدة وذلك كإستجابة لمشكلة أو موقف مثير يكاد يتفق فى خصائصه وسماته بالمرونة التى تميز ذوى الحس الدعابى والطلاقة الفكرية وتلك الأصالة التى يبتدعها من قدرته على تلقف القفشات والتقاط المفارقات والتى تمثل مثيرات تكون الدعابة لها إستجابة طليقة متنوعة أصيلة.

ويذكر ماك جى وشبمان McGhee & Chapman (١٩٨٠) أن البيانات القليلة تؤيد وجهة نظر أن زيادة القدرة على خلق الدعابة مرتبط بقدرات إبتكارية عالية، فالأطفال الأكثر إبتكارية يبدعون أشكال لفظية وسلوكية من الدعابة أكثر من ذويهم الأقل إبتكارية ويملكون حاسة دعابة وأكثر مزاحا فى تفاعلاتهم مع الآخرين، كما يوجد بعض الدلائل تقترح أن الأطفال والبالغين الأكثر إبتكارية يظهرون فهما وإدراكا للدعابة من قبل الآخرين

كما يذهب سيد صبحى (١٩٨٧) إلى أن الفكاهة وما يصاحبها من مزاح وضحكات من الأمور التى تعبر عن قدرة إبتكارية لدى الطفل، وهى لها وجهان، الأول يتمثل فى قدرة الفرد على تقبلها، والثانى قدرته على إنتاجها وكلا الوجهين يمثلان تفاعلا ووصالا إجتماعيا لا يقوى على تقبله إلا ذو

الدرجة العالية من الذكاء، كما أكد (حسين مؤنس ١٩٧٨) على ضرورة توافر ملكة الخلق والإبداع لتثير الضحك، كما أن من خصائص الفكية أن يتسم بالذكاء الحاد والقدرة على توليد الفكاهة وخلق المواقف الضاحكة (فاروق خورشيد، ١٩٧٨)، كما تتفق نتائج هذا الفرض ودراسة هيبرت Hebert(١٩٩١) والتى كشف فيها عن علاقة موجبة بين الدعابة والإبتكارية، ولعل هذا قد يتفق مع ما ذكره (سيد خير الله، د.ت) بأن الأطفال ذوى القدرة الأبتكارية المرتفعة قد تميزوا بالفكاهة وروح اللعب. هذا وترى الباحثة أن المواقف التى تستثير الدعابة والضحك والمرح مواقف عديدة متباينة بل ولحظية أيضا، ولذا فإن ظاهرة الدعابة هى من التعقيد والتجريد بحيث لا يستطيع المرء من خلال دراسة واحدة أو حتى عدة دراسات على بعض المفحوصين وبإستخدام أدوات نفسية وإجتماعية أن يدعى أنه قد فهم تلك الظاهرة المترامية الأطراف الوثيقة الصلة بحياتنا البشرية، فالطفل والبالغ والراشد والشيخ، كلهم يضحكون ولكن كل منهم يضحك بصورة مختلفة من حيث الشدة وطريقة التعبير وسبب الضحك، وفى هذا الصدد يذكر (زكريا إبراهيم، ١٩٥٨) أنه قلما تنهض نظرية واحدة لتفسير تلك الظاهرة، وإذا كانت الدراسة فى محاولتها المتواضعة قد توصلت فى دراستها إلى أن هناك أرتباطا دالا إحصائيا بين الدعابة والإنبساطية، فإن ذلك لا يعنى أن الأفراد المنطويين لا يملكون حاسة الدعابة، فالواقع أن المنطويين يضحكون ويلتقطون المفارقات ويتندرون بل يختلفون عن الأفراد المنبسطين فى شدة الضحك ونوع الدعابة التى تستميلهم، فهذا يبتسم وآخر يضحك ويقهقه، كما أن المنبسط يميل إلى الدعابات الجنسية والعدوانية، بينما المنطوى يتحاشى قليلا تلك الدعابات ويميل إلى الدعابة التى تقوم على أساس المتناقضات وسرعة البديهة والخاطر والبراعة العقلية، وكلا الفريقين فى أستخدامهم وأحداثهم للمواقف الفكاهية، إنما يشيرون إلى بعض مظاهر الأبتكارية وكذلك بعض سمات الشعب المصرى الأصيل ذى حضارة السبعة آلاف سنة الذى مر بفترات كثيرة فيها من المحن الكثير فأستعان بسلاح الدعابة والسخرية وإبتداع الروايات الهزلية والنكات التى تزلزل كيانه الطاهر وتشفى غليله والآمه مما يعانى منه، فقد لعبت الدعابة والنكتة فى حياة الشعب المصرى دورا هاما ومؤثرا فى حياته وعلى كافة الجبهات الداخلية والخارجية، ففى أحلك أوقاته القتالية أو الأقتصادية يلقى بالدعابة وتتلقفها المسامع الذكية فتلهبها أو تشد من أزرها أو تخفف عنها بعض المأسى، والنكتة والدعابة مثلها مثل المثل الشعبى ومثل أسم الرواية الدرامية أو الهزلية تخفى من ورائها مقاصد عديدة لا يفهمها إلا المصريون بينما تحجب معانيها المباشرة عن المقصود بها، وروح الدعابة ظاهرة صحية من وجهة نظر الباحثة، ولا تتنافى مع الدين الحنيف وسنة الرسول صلوات الله وسلامه عليه فقد روى عن حضرته أنه قال «روحوا القلوب ساعة بعد ساعة، فإن القلوب إذا كلت عميت» (ابن عبد ربه، ١٩٤٩) ويذكر أبو الحسن البصرى فى معرض الحديث عن مزاح الرسول أن عجوزاً من الأنصار أتته فقالت يا رسول الله أدع لى بالمغفرة فقال «أما علمت أن الجنة لا يدخلها العجائز؟ فصرخت فتبسم حضرته وقال: «أما قرأت من القرآن قوله تعالى عز وجل «إنَّا أنشأنهُنَ إنشَاء «٣٥، فَجَعَلنَهُنَ أبكَاراً«٣٦، عُرُبَاً أتَرابَاً «٣٧» سورة الواقعة.

بحوث وتوصيات:

١ - إعداد دراسات على عينات مختلفة حتى يمكن تحديد وتعميق مفهوم حاسة الدعابة.

٢ - إجراء دراسات بهدف إستخدام الدعابة فى التحصيل الدراسى للأطفال والراشدين.

٣ - إعداد برامج تعليمية تستخدم الدعابة لتعليم الأطفال مهارات القراءة والكتابة فى مرحلة رياض الأطفال والحضانة.

٤ - تشجيع إستخدام الدعابة فى برامج محو الزمية.

٥ - إعداد برامج تعليمية تستخدم الدعابة لتنمية القدرة الإبتكارية لدى الأطفال والبالغين.

٦ - إعداد برامج مرئية وسمعية تستخدم الفكاهة الهادفة لتعديل إتجاهات الأفراد السلبية نحو بعض المظاهر السلبية فى الشارع المصرى «النظافة، تلوث البيئة، التدخين، ظاهرة تسرب التلاميذ».

٧ - تشجيع إستخدام الدعابة فى الأساليب التشخيصية والعلاجيةللأطفال والبالغين.

٨ - دراسة العلاقة بين الدعابة وبعض المظاهر النمائية لدى الأطفال والراشدين والعلاقة بين الدعابة والقدرة اللغوية ومحاولة تنمية تلك القدرة اللغوية لدى الأطفال من خلال إستخدام الدعابة.

٩ ـ إعداد برامج إرشاد نفسى تستخدم روح الفكاهة لتعديل سلوكيات المعوقين ذهنيا.

١٠ ـ الإهتمام برسومات وإبداعات الأطفال البسيطة فى الكشف عن حاسة الدعابة وبعض القدرات الإبداعية لديهم.

١١ ـ تشجيع إستخدام الدعابة الهادفة والمصورة وغير المصورة، بين الشباب من خلال إتاحة بعض الصفحات الأدبية لهم فى الجرائد والمجلات.

المراجع العربية

١ ـ أبن عبد ربه (١٩٤٩): العقد الفريد، القاهرة، مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر.

٢ ـ أحمد عطية (١٩٤٧): سيكولوجية الضحك، القاهرة، عيسى البابى الحلبى.

٣ ـ بانسيه مصطفى حسان (١٩٩٣): النكتة فى صعيد مصر دراسة نفسية إجتماعية، دراسات نفسية، العدد الثانى، أبريل، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٤ ـ جابر عبد الحميد (١٩٨٦): نظريات الشخصية، البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث، التقويم، دار النهضة العربية القاهرة.

٥ ـ جابر عبد الحميد ومحمد فخر الإسلام (د.ت) قائمة أيزنك للشخصية، كراسة التعليمات القاهرة. دار النهضة العربية.

٦ ـ حنفى محمود إمام (د.ت) الضحك بالنكتة وتخفيف مستوى القلق لدى طلاب كلية التربية جامعة أسيوط. القاهرة، مكتبة الأهرام بالفجالة. رقم الإيداع ٨٧/٥١/٦.

٧ ـ حسين مؤنس (١٩٧٨) أعظم المضحكين فى التاريخ، القاهرة، الهلال، يونيه.

٨ ـ رشاد عبد العزيز موسى وأسامة حسين (١٩٩١) حاسة الدعابة لدى شباب الجامعة، مجلة علم النفس، العدد العشرون السنة الخامسة، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٩ ـ زكريا إبراهيم (د.ت): مشكلات فلسفية (٧) مشكلة الحياة، مكتبة مصر، القاهرة.

١٠ ـ زكريا أبراهيم (١٩٥٨): سيكلوجية الفكاهة والضحك، مكتبة مصر، القاهرة.

١١ ـ سيد صبحى (١٩٩٤) الإنسان وسلوكة الإجتماعى، القاهرة، المطبعة التجارية الحديثة.

١٢ ـ سيد صبحى (١٩٨٧)، أطفالنا المبتكرون، دراسات فى الصحة النفسية للطفل، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة.

١٣ ـ سيد محمد خير الله (د.ت) دليل أختبار القدرة على التفكير الإبتكارى، بحوث فى علم النفس، كلية التربية، جامعة المنصورة.

١٤ ـ سيد غنيم (١٩٧٢)، سيكولوجية الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.

١٥ ـ عبد الحليم محمود وآخرون (١٩٩٠) علم النفس العام، القاهرة، مكتبة غريب.

١٦ ـ فاروق خورشيد (١٩٧٨): الفكاهة والمواقف الفكاهية فى السير الشعبية. الهلال، يونيه، القاهرة.

١٧ ـ فتحى معوض (١٩٧٠) الفكاهة فى الأدب العربى، الجزائر، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع.

١٨ ـ فؤاد أبو حطب وأمال صادق (١٩٩١) مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائى فى العلوم النفسية والتربوية والإجتماعية، القاهرة، الأنجلو المصرية.

١٩ ـ مصطفى عبد الرحمن (١٩٧٨): الفكاهة صحة وعافية، الهلال، يونيه القاهرة.

٢٠ ـ محمد عبد المنعم خفاجى (١٩٧٨): الفكاهة عند العرب، الهلال، يونيه، القاهرة.

٢١ ـ محمود السيد أبو النيل (١٩٨٤): الإحصاء النفسى والإجتماعى والتربوى، القاهرة، مكتبة الخانجى.

٢٢ ـ منير البعلبكى (١٩٨٥) قاموس المورد، بيروت، دار القلم للملايين.

المراجع الأجنبية

23 - **Adair, Fraok, A.& Siegel, Laurence (1984):** - Imporving Performance though the Use of Humor, Paper Presented at the Annual Meeting of the southeastern psychological Association March 28 - 31.

24 - **Apter, M. J. (1982):**- the Experience of Motivation, the Theory of Psychological Reversals, San Diego, CA: Academic Prees.

25 - **Berlyne, D. E. (1971):**- Aesthetics and Psychology, New York. Appleton - Century.

26 - **Boyd, Raseangela, K. (1992):**- The Efficacy of Humor In Improving the Quality of life on Residents of long - term Care Facilities: An Exploratory Study. Dissertation Abstracts International (B) Vol, 52. No. 10. P. 5222.

27- **Burford, Charles (1987)**:- Humour of Pricncipals and Its Impact on Teachers and the School. Journal of Educational Administration Vol., 25 - No. 1. P. 29 - 54.

28 - **Crawford, Mary & Gressley, Diane (1991)**:- Creativity, Caring and context: Women's and men's Accounts of Humor Prefernces and Practices, Psychology of Women Quarterly, 15,2, June, 217 - 231.

29 - **Dickinson, L, (1990)**:- Humor, Across Cultures, Paper Presented At the World Congress of Applied Linguisticis. Sponsored by the international Association of Applied Linguistics.Greece, April, 15 - 21.

30 - **Edwards, Celeste M., & Gibboney, E, R, (1992)**:- The Power of Humor in the College Classroom. Paper Presented at the Annual Meeting of the Western States Communication Assciation, February 21 - 25.

31 - **Freud, S, (1960)**:- Jokes and Their Relation to the Unconscious, New York, Norton.

32 - **Getzels, J. W.& Jackson, P. W. (1962)**:- Creativity and Intelligence. New York, Wiley.

33 - **Gidynsky, C. (1975)**:- Associative shift, Peer Rejection and Humor Response in Children, An Exploratory Study, Dissertation Abstracts. (A). 36, 442.

34 - **Guindal, Albert, L. (1985)**:- Humor: An Excellent EFL teaching Device. Paper Presented at the Annual Meeting of the Interational Association of teachers of English as aforeing language - England April.

35 - **Hampes, William, P. (1992)**:Relation between Intimacy and Humor. Psychological Reports. Vol., 71 (1) p., 127 - 130.

36 - **Hauck, W. E., & Thomas, J. W. (1972)**:- Relationship of Humor to Intelligence, Creativity, international and incidental learning. journal of Experimental Eduucation and, 40, 52 - 55.

37 - **Hebert, Patrick, J, (1991)**:- Humor In to the Classroom, Theories, Functions. and Guidelines, Paper Presented at the Annual Meeting of the Central States Communication Association. Chicago. April, 11 - 14.

38 - **Hjelle, Larry, A. Zieglar, Daniel, J. (1981)**:- Personality Theories, Basic Assumptions, Research, and Applications. London, Mc Graw - Hill International Book Company.

39 - **Humphreys, Brain Richard (1990)**:- Acheerful Heart is Good Medicine, the Emotional and Physical Benefits of Humor, Doctoral Research Paper, Biola University, California.

40 - **Koestler, A. (1964)**:- The act of Creation, New York. MacMillan.

41 - **Lieberman, J. N. (1977)**:- Playfulness, Its Relationship to Imagination and Creativity, New York. Academic Press.

42 - **Long, D. L.,& Gruesser, A. C. (1988)**:- Wit and Humor in Discowrse processing Discouse processes. 11, 35 - 60.

43 - **Marais, James, L. (1988)**:- The use and Abuse of Humor In Personality Guidance. Paper Presented at the Annual International Council of Psychologists. Sigapore. August. 21 - 25.

44 - **Marini Irmo Don (1993)**:- The use of Humor to Modify Attitudes, ecrease Interaction Anxiety adn Increase Desire to Interacts With Persons of Differing Abilities. Dissertation Abstracts International, (A) Vol., 53. No., 8.p., 2761.

45 - **McGhee P. E. (1976)**:- Sex Differences in Children's Humor. Jornal of Communication. 26. 177 - 189.

46 - **McGhee Paul& Chapman, Antony (1980)**:- Children's Humuor. John Wiley and Sons. New York, Toronto.

47 - **Overholser, Jc (1993)**:- Sense of Humor when coping with life stress. Personality And Individual Differences Vol., 13. No. 7 (Jul) P., 799 - 804.

48 - **Powell, J. P & Andersen, L. W. (1985)**:- Humor and teaching In Higher Education. Studies in Higher Education. Vol. 10. No. 1. P., 79 - 90.

49 - **Prerost, Frank, J. (1993)**:- The Relationship of Sexual Desire to the Appreciation of Related Humor Content and Mood State. Journal of Social Behavior of Personality. Vol., 8 (3) P. 529 - 536.

50 - **Prerost, Frank, J. (1993)**:- Astrategy to Enhance Humor Production Among Elderly Persons: Assisting In the Management of Stress. Activities, Adaptation & Aging. Vol., 17 (4) P., 17 - 24.

51 - **Rothbart, M. K. (1976)**:- Incongruity, Problem - Solving and Laughter, In Chapman, A., J. and foot, H. C. (Eds.), Humor and Laughter, Theory, Research and Applications. Chichester, Wiley.

52 - **Rouff, L. L. (1975)**:- Creativity and sense of Humor. Psychological Reports. 37, 1022.

53 - **Samuel, William (1981)**:- Personality, Searching for the sources of Human Behavior. McGraw - Hill International Book Company. London.

54 - **Singer, D. L., and Rummo, J. (1973)**:- Ideantional Creativity and Behavioral Style in Kindergarten Age Children. Developmental psychology. 8. P., 154 - 161.

55 - **Suls, J. M. (1983)**:- Cognitive Processes in Humor appreciation. In McGhee, P. E., & Goldstein, J. H. (Eds.), Handbook of Humor Research, Basic Issues, Vol., I. New York. Springer - Verlag.

56 - **Sutton - Smith, B. (1967)**:- The Role of Play in Cognitive Development young children, 22, 361 - 370.

57 - **Tennison, Jo Marie Johnson (1994)**:- Cognitive Development and Humor of Young Adolescents, a Content analysis of Jokes, Dissertation Abstracts International (A) Vol., 54. No., 8.

58 - **Thomas, D. R., Shea, J. D., 7 Rigby, R. G. (1971)**:- Conservatism and Response to Sexual Humor. British Journal of Social Clinical Psychlolgy. 10, 185 - 186.

59 - **Torrance, E. P. (1961)**:- Priming Creative Thinking in the Primary Grades. Elementary School Journal, 62. 139 - 145.

60 - **Weisberg, P, S. & Springer, K. J. (1961)**:- Environmental Factors in Creative Function. Archives of General Psychiatry. 5, 64 - 74.

61 - **Wilson, G. D., & Patterson, J. R. (1969)**:- Conservatism as a Predictor of Humor Preferences. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 33. 271 - 273.

62 - **Wolfenstein, M. (1954)**:- Childern Humor, Glencoe, Illinois, Free Press.

63 - **Wyer, Robert, S. & Collins, James, E. (1992)**:- A Theory of Humor Elicitation. Psychological Review, Vol., 99. No, 4.

64 - **Zillman, D. (1983)**:- Connections Between Sex And Aggression. Hillsdale, NJ, Erlbaum.

65 - **Zillman, D., & Cantor, J. R. (1976)**:- Adisposition Theory of Humor And Mirth. In Chapman, J. & Fot, H. C. (Eds). Humor and Laughter, Theory. Research and Applications. New York.

66 - **Ziv, Avner (1988)**:- Using Humor to Develop Thinking. Journal of Children in Contemporary Society. Vol., 20. No. 1 - 2 P., 99 - 115.

67 - **Ziv, Avner & Gadish, Orit (1990)**:- Humor and Giftedness. Journal for the Education of the Gifted. Vol., 13. No., 332 - 345.

المساندة النفسية/ الإجتماعية، وإرادة الحياة، ومستوى الألم

(لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت)

د. محمد محمد بيومى خليل
أستاذ مساعد الصحة النفسية
كلية التربية- جامعة الزقازيق

تقديم

- لقد قال المفكر (ترودو) TRODO، إن العلاج النفسى يشفى المرضى (أحيانا)، ويخفف عنه (غالبا)، ويريحه (دوما)، وإذا كان علم النفس المرضى علماً حديثاً قصير التاريخ، فإن الطب النفسانى ممارسة بشرية عريقة جداً ترمى إلى تخفيف الآلام، ومعاناة الإنسان من جراء شتى الظروف القاسية، والملابسات المؤلمة...

فالنظرة الحديثة لعلم النفس: تعتبر الإنسان وحدة كاملة متكاملة من نفس وجسد وإن كل إضطراب نفسى ناشئ عن أسباب نفسية خالصة، أو عضوية يمكن أن يعالج نفسياً، فالمصاب بالتدرن، أو السرطان قد يعانى بالإضافة إلى آفته العضوية من الغم والقلق أو الميل إلى الإنتحار نتيجة إدراكه لحالته العضوية الخطيرة، وعندئذ يلعب العلاج النفسى دوره بالطبع بالإضافة إلى العلاج العضوى الخالص (فخرى الدباغ، ١٩٨٦، ١٤٦)، كما أوضحت النظريات النفسية الحديثة: (أن العامل النفسى يكمن وراء معظم الإضطرابات العضوية الجسدية وإن نسبة الشفاء من هذه الأمراض العضوية تزداد كلما ارتفعت معنويات المريض وتحسنت حالته النفسية حتى فى الأمراض الخطيرة، (يسرى عبد المحسن، ١٩٩٣، ٢٠).

والمريض بعلة جسدية يمثل حالة خاصة يسودها القلق والإضطراب خاصة إذا كان هذا المرض خطيراً فتاكاً لا يرجى البرء منه حيث أن المرض يترتب عليه: توقف النشاط الإقتصادي والإجتماعي والعلمي والترويحي وكل أنواع الأنشطة الحياتية والمجتمعية للمريض توقفاً جزئياً أو كلياً حسب نوع وشدة المرض، وبالتالي يترتب عليه الإحساس بالعجز الجزئي أو الكلي للمريض، ومايصاحبه من إنعزال إجتماعي يفتقد معه المريض للأنس والبهجة الحياتية، هذا بالاضافة إلى أن ألم المرض الجسدي لابد وأن تصحبه بالضرورة آلام نفسية فالألم «هو الذي يكشف لنا عن وجودنا الفردي في وحدة قاسية تتمزق معها الرابطة التي كانت توثقنا بالكون - وحينئذ يعاني المريض - تجربة الوحدة على حقيقتها، حيث أن الشخص حين يتألم فإنه سرعان ماينطوي على نفسه لكي يتجه بانتباهه وإهتمامه نحو تلك النيران الباطنة التي تشتعل في جوفه، إننا نتألم فرادى لأن الألم (خبرة باطنية) هيهات للآخرين أن يشاركونا معاناتها» (زكريا ابراهيم، ١٩٦٩، ٢٣٩).

ولكن رغم عدم مشاركة الآخرين للمريض معاناته الحقيقية للألم إلا أن المريض بحاجة ماسة للمساندة النفسية / الاجتماعية من الآخرين له بحيث يشعر أنه لا يواجه المرض ولايقاسي آلامه منفرداً، وإن لم يكن هناك من يستطع مشاطرته آلامه وحمل بعضا منها عنه، إلا أنه بحاجة لمن يسانده نفسيا وإجتماعيا على تجاوز الحاجز الوهمي للمرض ومايسببه من صدمة نفسية إجتماعية قاسية من جهة، ويعزز مقدرته على تحمل آلام المرض، ويقوي إرادة الحياة لديه «فالانسان حين يريد حياته إنما يريد سعادته، فليست السعادة سوى شعورنا بأننا نمارس وظائفنا في إنسجام تام، وأننا نتمتع بأقصى ماتيسره لنا طبيعتنا من حياة خصبة» (زكريا ابراهيم، ١٩٦٩، ١٤٨).

وحين يشعر المريض أنه لايواجه المرض (منفرداً)، والذي يعاني آلامه (منفرداً) فانه يشعر بشكل إسقاطي أو (تخريجي) أن الآخرين يعانون معه آلامه، سهرهم بجواره - زيارتهم له، عنايتهم به، دمعات الأسى التي تترقرق في عيونهم كلها حمل لجزء من آلامه، ترويحهم عنه كل ذلك ألوان من المساندة النفسية الإجتماعية إن لم تكن حملا للألم ومشاركة للمعاناة على المستوى (السيكولوجي) يحتاجها المريض، وتفعل فعل السحر في مستواه السيكولوجي المزاجي، دقق النظر في المريض قبل موعد الزيارة، وأثناءها، وبعد إنتهائها، وصف حالته... لاتقارن تختفي الآلام عند توافد الزوار، وتزداد الآلام عند إنصرافهم أذكر أن والدتي كانت تروي لي أن والدي رحمه الله، كان لايتألم وأنتم حضور، وبمجرد إنصرافكم داهمته الآلام وكأنه كان ينتظر إنصرافكم ليتألم؟ حاجة غريبة يابني! أبوكم قدام الناس صحته حديد، وبمجرد بعد الناس عنه حاله يعلم به ربنا؟!: إنه الونس، والمساندة النفسية الإجتماعية التي منها عود المريض وزيارته، والاهتمام به من هنا ومن تجربة شخصية مع مرض المرحوم والدي بزغت فكرة دراسة المساندة النفسية/ الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم للمرضى بمرض مفض إلى الموت دراسة علمية تهدف إلى:

١ - الكشف عن العلاقة بين المساندة النفسية، الاجتماعية للمرضى وكل من:

(أ) إرادة الحياة (ب) مستوى الألم

٢ - الكشف عن دلالة الفروق بين المرضى مرتفعي ومنخفضي المساندة النفسية/ الاجتماعية.

(أ) إرادة الحياة (ب) مستوى الألم

٣- الكشف عن دلالة الفروق بين المرضي من الجنسين في كل من:

(أ) إرادة الحياة (ب) مستوى الألم

٤- التعرف على أهم الجوانب الشخصية والإجتماعية للمرضى مرتفعي ومنخفضي إرادة الحياة.

٥- التوصل إلى بعض التطبيقات النفسية باستخدام الارشاد العلاجي للعمل على تحسين المساندة النفسية/ الاجتماعية

للمرضى بشكل يساعد على تقوية إرادة الحياة لديهم، وتخفيف آلام المرض عنهم، أى بما يساعدهم على عيش ماتبقى من أيام حياتهم بشكل إيجابى ويتناسب وحالاتهم المرضية.

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة فى التساؤلات التالية:

التساؤل الأول:

ماعلاقة المساندة النفسية، والاجتماعية للمرضى بكل من:

(أ) إرادة الحياة (ب) مستوى الألم

التساؤل الثانى:

هل يختلف مستوى الألم لدى المرضى مرتفعى ومنخفضى.

(أ) إرادة الحياة (ب) مستوى الألم

التساؤل الثالث:

هل تختلف إرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى باختلاف الجنس؟

التساؤل الرابع:

ماأهم الجوانب الشخصية والاجتماعية لدى المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة الحياة؟

الدراسة النظرية والبحوث السابقة

الضغوط النفسية والعلل الجسدية:

عرف الأطباء فرعا جديداً من فروع المعرفة الطبية إنه (علم النفس الجسدى) الذى يؤكد بأن الأمراض العضوية تبدأ أصلا من الأمراض النفسية، فقد ظهر أن التوتر والقلق الشديدين لهما تأثير فعال جدا على النظام الدفاعى وعلى الجهاز المناعى فى الجسم يصيبانه بالضعف فتحدث فيه الثغرات، وتتسلل منها الأمراض، وإن العلماء اليوم يعترفون بحقيقة أو نظرية طبية كانوا يترددون فى قبولها حتى سنوات ماضية وهى: «أن التوتر والاجهاد، والقمع النفسى إذا أساء المرء مواجهتها وترويضها تصبح سببا فى الاصابة بالسرطان «حيث وجد البروفيسور (وليم جرين Welim Green) فى إحدى دراساته على توأمين أحدهما كان يعانى من السرطان أنه كان يعانى فى السنوات الأخيرة من ثورات وجدانية عنيفة على العكس من الآخر الذى كان يحيا حياة هادئة (النفس المطمئنة، ١٩٩٣، ١٩)، وقد أكد (سيلى، Selye 1976) «أن الضغوط الانفعالية والشدائد البيئية والمتاعب الشخصية تترك آثار سيئه على الفرد «كما أوضحت دراسة (هربورج Harburg, 1973): أن أعلى مستويات الأمراض النفسية والعضوية توجد لدى الأفراد الذين يتعرضون لضغوط بيئية مرتفعة، وقد دلت البحوث النفسية والطبية النفسية على «أن التعرض للمواقف العصيبة التى تستمر زمنا لاتسبب القلق المزمن فحسب بل إنها أيضا تغير من معدلات كل من المرض والوفاة ومظاهر تقدم العمر قبل الأوان، على أن أخطر مشقة وأعظم ضغط يقع على الانسان هو ذلك الموقف العصيب الذى يكسر الإيقاع السوى للحياة)... بحيث تمثل تهديداً خطيراً لحياة الفرد، تهديدا خطيرا لتكامل أعضاء جسمه، (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٣، ١٦٠)، لذا فقد اتجه الطب الحديث للبحث عن علاقة النفس بالجسد فيما ينشأ من أمراض جسمية تلعب فيها العوامل النفسية دورا فعالا، وقد أطلق على هذه الأمراض الاضطرابات السيكوسوماتية Psycho بمعنى الروح أو العقل، Soma بمعنى الجسم مما يؤكد أن وظائف الانسان كل متكامل تتداخل فيه الوظائف السيكولوجية والفيزيولوجية باستمرار ويعتمد كل منها على الأخرى، (محمد أحمد غالى، رجاء أبو علام، ١٩٧٣، ٤٦٦).

ومن أهم هذه الأمراض: قرحة المعدة والأمعاء، والتهاب الغشاء المخاطى للمعدة، والربو الشعبى، ونوبات الاسهال والامساك المزمنه، وضغط الدم الجوهرى، ولغط القلب الوظيفى، وتضخم الغدة الدرقية، والتهابات المفاصل الروماتيزميه، والارتكاريا، والأكزيما، والطفح الجلدى، وقد إنضم لهذه القائمة الأورام السرطانية وغيرها من الأمراض الفتاكة والمميته كالسكتة الدماغية والسكتة القلبية، أو المعيقة للحركة والنشاط كالشلل.

المساندة النفسية/ الإجتماعية للمرضى:

المرض موقف ضاغط طارئ يهدد سلامة الكيان الانسانى جسديا ونفسيا، بشكل يعيق الفرد عن أداء وظائفه الحياتية والاستمتاع بحياته، ويهدد توافقه الشخصى

والاجتماعي. فالمرض تجربة من أقسى التجارب (الرهابية) للانسان، خاصة إذا كان المرض من النوع الخطير الفتاك والذى لايرجى البرء منه كالسرطان والفشل الكلوى، والفشل الكبدى...... وغيرها من الأمراض المرعبة. فبمجرد شعور المريض أن مرضه عضال، وأن حالته لا تتقدم، وأن فترة المرض قد طالت عندئذ تتداعى كل التطمينات، وتبدأ الوساوس والقلق والمخاوف المرضية، الخوف من النهاية (الخوف من الموت)، الخوف على الأبناء، صعوبة فراق الأهل والأحباب، مشقة خروج الروح، الإنتقال إلى المجهول، تحلل الجسد وتعفنه، عذاب القبر، الخوف على الممتلكات، وكذلك الصراع بين غريزتى الموت والحياة، تتبدى تلك الاضطرابات النفسية فى الأحلام والكوابيس التى تداهم المريض وتفزعه. هذا من ناحية ومن ناحية أخرى شعور المريض: بالضعف بعد القوة، والعجز بعد القدرة، والإعتماد بعد الاستقلال، وتدهور الذات الجسدية وتشوه صورة البدن، والحاجة للعون والسند كل ذلك يضع المريض فى موقف نفسى صعب يؤثر سلبًا على حالته الجسدية.

وهنا تصبح المساندة النفسية/ الاجتماعية للمريض ضرورة علاجية. فالمساندة النفسية/ الاجتماعية للمريض: تقتضى النظر للمريض على أنه كيان إنسانى - يعانى من حالة مرضية - ينبغى أن لا نغير من نظرنا لكينونته فهو إنسان كائن له حاجاته النفسية/ الاجتماعية التى ينبغى إشباعها له بالشكل المناسب، وأن من حقه العيش فى حالة من التوافق النسبى حتى النفس الأخير، وأن مرضه الميئوس لا يعلى النظر إليه على أنه (ميت مع إيقاف التنفيذ، أو أنه فى إنتظار الموت) فنغير من إهتمامنا به، وتقبلنا له، ونضيق ذرعًا بتأوهاته، ونتمنى لحظة نهايته ونترقبها، بل على العكس ينبغى أن يتزايد إهتمامنا به ومساندتنا له نفسيا عن طريق تقبل مرضه وتقبل ذاته، وطمأنته على صحته، وتقوية أمله فى الحياة، الترويح عنه، ومساندتنا له إجتماعيًا عن طريق: عوده وزيارته، والإهتمام به والسؤال عنه، ودمجه إجتماعيًا. فبالمساندة النفسية/ الاجتماعية تكتمل الساق الرابعة للممارسة الطبية (الوقاية - التشخيص - العلاج) وذلك «بتحقيق أثرى حياة ممكنة تتلاءم مع قدرات المريض، ونواحى عجزه وقصوره» (James Drever, 1968) فالطريقة التى يحس بها المريض بصحته تتوقف لدرجة كبيرة على إتجاهه نحو عمله وأسرته، ومجتمعه أكثر مما تتوقف على أى تشخيص جسمانى أو عقلى محض» (Wilkis, E, 1976, 874).

وتفيد المساندة خصوصاً كطريقة علاجية فى الأحوال التى بها ينبغى إتخاذ إجراءات فورية للتخفيف عن المريض الذى يكون من الصعب التحكم فى قلقه وإضطرابه فعن طريق عبارات لفظية مباشرة تطمئن المريض على عدم وجود خطر، وعلى أن العون فى متناول يده، ومن خلال عبارات آمرة فيما يتصل بالتخطيط العلاجي، تتعزز آمال المريض المتشوقة للشفاء، كما أن إجراءات المساندة التى تتمثل فى إقامة نظام زيارات علاجية منتظمة أو إتصالات تلغرافية أو مراسلات بالكتابة.. كثيراً ما تكون أساس الإحساس بالإطمئنان الدائم (كمال دسوقى، ١٩٨٥، ٢٠)، وقد أجريت دراسة لقياس أثر العلاقات الإجتماعية على الحالة الصحية على سبعمائة فرد فى كاليفورنيا، وأعيدت المقابلة بعد ٩ سنوات للتعرف على من بقى منهم على قيد الحياة، وقد كشفت النتائج أن الذين توفرت لديهم شبكة علاقات إجتماعية قوية كانوا أفضل من أقرانهم الذين حرموا من هذه الشبكة من العلاقات الاجتماعية أو كانت ضعيفة حيث مات ٣٠,٨٪ ممن لهم شبكة علاقات إجتماعية ضعيفة فى مقابل ٩,٦٪ ممن لهم شبكة علاقات قوية (Berkman, L.F. & Symes L, 1979).

أساليب المساندة النفسية الاجتماعية للمرضى:

١ - الطمأنة على الحالة الصحية للمريض:

يلعب التطمين على الحالة الصحية دوراً بارزاً فى تبديد مخاوف وقلق المريض، فالمريض يذهب للطبيب وهو قلق خائف من أن يفاجئه التشخيص بمرض خطير غير متوقع، وقد حكى لى أحد الزملاء أنه يعانى من آلام حادة بالمعدة ومع ذلك يخشى الذهاب للطبيب خوفا من أن يفاجئه بوجود مرض خبيث لاقدر الله حيث أنه يشعر بورم فى معدته.... إلى هذا الحد يخشى الناس المرض؟ وإلى هذا الحد ينتابهم القلق عندما يداهمهم المرض، وفى هذه الحالة يلعب التطمين الذى يقوم به الطبيب للمريض دوراً بالغا فى تقبله لحالته المرضية، وذلك يتدعم بموقف المحيطين بالمريض من

إشعارهم له بأنه بخير وفى تحسن مستمر، وأنه أفضل من حالات كثيرة بشكل يؤثر إيجابيا على حالته النفسية.

٢. تقوية أمل المريض فى الحياة:

يداهم المريض قلق الموت وقلق الاحتضار، وبالتالى يرفض الحياة، وينتابه اليأس والاكتئاب، ويشعر أنه ينتظر الموت بين عشية وضحاها هو يدرك أن الموت حق وحتمى ولكنه إبان صحته وفى حال قدرته على القيام بنشاطاته كان ناسيا له لتلك الحقيقة الأزلية التى سرعان ماأطلت برأسها عند مرضه فحملت له اليأس من الغد وإنقطاع الأمل. لذا وجب تقوية أمل المريض فى الحياة، وتعريفه بأن الموت لايرتبط بالمرض.

٣. تقبل المريض:

ما إن ينتاب الفرد المرض إلا ويلقى الاهتمام والرعاية والمزيد من التقبل فى البداية - ثم مع الأيام ومع مايصاحب مرض الفرد من قلق ومتاعب للآخرين المحيطين به.، وتعطل لمصالحهم ودورة حياتهم اليومية من جهة والخوف من العدوى إن كان المرض معديا، والتأفف من الحالة الشخصية التى يكون عليها المريض كعدم تحكمه فى إخراجه، والمتاعب النفسية التى يترك المرض آثارها على المحيطين - إلا ويبدأ المحيطون بالفرد فى رفضه، أو الملل منه، بل ويدعون الله أن يتوفاه لذلك يدعوا الكثيرون بأن يموتوا وتراب الطريق على أقدامهم، وإذا سألت أى شخص هل تتمنى أن تموت بعد مرض طويل؟ لصرخ فيك قائلا: أريد أن أموت وألقى ربى دون مرض طويل حتى لايمل أحد منى، وحتى أظل فى ذاكرتهم كما كنت متقبلاً.

لذا فتقبل المريض: ذاته - مرضه - مصاحبات مرضه من متاعب حالته الشخصية أثناء مرضه، تدعم تقبله ذاته لمرضه ورضاه عنه بشكل يجعله أكثر قدرة على التعايش معه.

٤. الترويح عن المريض:

المرض موقف كدر وغم وخبرة سيئة مؤلمة ولن يكون المرض أبدا غير ذلك، لذا فالمريض فى حالة من الكدر تستدعى الترويح بشكل يولد السرور، أو على الأقل يخفف درجة الحزن وذلك بتقديم نشاطات سارة: كزيارة الأماكن المحببة، التسلية بمشاهدة البرامج الاذاعية والتلفزيونية المفضلة، الاستماع إلى الموسيقى، زيارة الأصدقاء القدامى، تجمع الأحباب، القيام بالرحلات القصيرة بما يتناسب وحالة المريض، وحتى لايظل المريض طريح الفراش لايرى غير سريره الأبيض وقارورات الدواء.

٥ ـ العيادة (زيارة المريض وعيادته) :

إذا كان السجين بحاجة لزيارة محبيه من خلف قضبان السجن، فإن المريض أكثر حاجة لزيارة محبيه خلف قضبان المرض ـ خذ نفسك واذهب لأحد المستشفيات الحكومية العامه قبل موعد الزيارة الرسمى المحدد، وانظر الى حال المرضى وموقفهم النفسى، ولاحظ حالتهم، ثم لاحظ لهفتهم وأبصارهم الزائغة ترقب الزائرين ثم لاحظ حالتهم أثناء الزيارة، ولاحظ المريض الذى قل زواره، أو لم يزره أحد ـ لقد لاحظت شخصيا مريضا لم يزره أحد أثناء الزيارة، وقد تكور فى بطانيته بسريره، وقد اشتدت عليه صرخات الألم من المرض ـ وراقب حال المرضى بعد إنتهاء الزيارة وإنصراف الزوار لترى الفارق واضحا على الحالة النفسية للمرضى، إن الزيارة دعم نفسى / إجتماعى، تأكيد للإهتمام ـ تجميع للأحبة ـ خلق لجو طبيعى للألفة ـ إشعار بالتواصل الاجتماعى والمشاركة الوجدانية.

٦ ـ الاهتمام بالمريض والسؤال عنه :

عندما يمرض الفرد ويطول مرضه يفقد الاهتمام به، يقل السؤال عنه وعن حالته، ورغم أن البعض يدعى أو يتوهم المرض لجذب الإهتمام والرعاية، الا أن المرض الحقيقى يكشف ألوانا من إهمال المريض فها هىَ أم ترملت على أولادها حتى زوجتهم وعاشت وحيدة فعندما داهمها المرض إختلفوا على من يبقى معها ويترك مسكنه فالبنات لابد من رعاية أبنائهم وأزواجهم، والأولاد لابد من رعاية زوجاتهم وأبنائهم، وحال المسكينة الاهمال حتى كانت تدعو الله أن يعجل بقبضها. وكانوا هم يتمنون ذلك طالما مرضها مفض إلى موت.

لذا فالمريض بحاجة للاهتمام والاهتمام الزائد والسؤال الملح ليتحقق له تقبل مرضه.

٧ ـ الدمج الإجتماعى :

ما إن يطول مرض المريض الا وينظر اليه أنه دخل عالما آخر غير عالمنا الإجتماعى خاصة إذا كان مريضا بمرض مفض إلى موت فهاهم لايشركونه مواقفهم الاجتماعية حتى

التى تخصه شخصيا ولو من باب العلم، فكأنه قد أخرج من إطار الجماعة، وينبغى أن ينعزل عنه طوعا أو كرها، وهذا يشعر المريض أنه معزول إجتماعيا فتزداد لديه مشاعر الاحساس بالوحدة النفسية/الاجتماعية، وبعدم المرغوبية الاجتماعية وهذا يزيد من يأسه واكتئابه، ويضيف إلى إعتلاله البدنى إعتلالا نفسيا لذا يصبح الدمج الاجتماعى حتى لحظة الموت لحظة الانفراد الاجتماعى أمرا حتميا لتحقيق الرضا النسبى للمريض.

إرادة الحياة

الحياة حلوة ما أحلى الحياة :

عبارة ترددت كثيراً على ألسنة من قابلت من مرضى تجربة هذا البحث، بعضهم قالها بحسرة ولوعة والبعض الآخر قالها بأمل ورجاء، فرغم عناء ومشقة الحياة الا أنها تظل المتعة المحسوسة رغم أن متاعها قليل، فهى الفرصة المتاحة دنيوياً للاستمتاع حتى بالعذابات (فى عالم طبيعى) ـ يصيب فيه البشر ويخطئون طبقاً لطبيعتهم البشرية (هو الذى خلق الموت والحياة ليبلوكم أيكم أحسن عملاً) ـ بعيداً عن (العالم المثالى الأخروى) الذى متعته لبعض من أحسنوا دنياهم. فإن الدعوة قائمة للاستمتاع بالحياة فى حدود ما شرع الله، «ولا تنس نصيبك من الدنيا، ولما للحياة من قيمة سامية كان العدوان على حياة فرد هو عدوان على حياة الناس جميعا، من قتل نفسا بغير نفس أو فساد فى الأرض فكأنما قتل الناس جميعاً، ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعا».

لذا فقد حرم الله قتل النفس إلا بالحق، وحرم الانتحار «من قتل نفسه بحديدة فحديدته معه فى نار جهنم «لأن الحياة هبة الله واهب الحياة وهو وحده الذى يملك قبضها «لكل أجل كتاب» فإذا جاء أجلهم لايستأخرون ساعة ولايستقدمون»، ولقد حرم الاسلام الرهبنة (لا رهبانية فى الإسلام) وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم.... إنما أنا أصوم وأفطر، وأقوم، وأرقد، وأنكح النساء فمن رغب عن سنتى فليس منى....»

الحياة سر الله بين جوانحنا، ولقد أخفى الله عنا يوم موتنا لنحيا حتى النفس الآخير نتعارك مع الحياة ونستمتع بها، ونعمل لها (اعمل لدنياك كأنك تعيش أبدا، واعمل لآخرتك كأنك تموت غداً.، «إذا قامت الساعة وفى يد أحدكم فسيله فليغرسها «وقد دعانا الاسلام للتفاؤل والإقبال على الحياة «لاتيئسوا من رحمة الله» ، «لاتقنطوا من رحمة الله» «الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله الا بذكر الله تطمئن القلوب»، «ومن أعرض عن ذكرى فإن له معيشة ضنكا، فالحياة نعمة بها نستمتع بإرادتنا وبخيارنا الحر بما أنعم الله علينا من زينة الحياة الدنيا، لذا ينبغى أن نحبها ونحمد الله عليها ونحرص عليها ولكى تزداد حلاوة نستمتع بها فى إطار ما أحله الله.

الحياة إرادة والإرادة حياة:

يتضح ذلك عندما نفرق بين الحياة بالمعنى البيولوجى والفيزيقى، وبين الحياة بالمعنى (السيكولوجى والسسيولوجى)، أو بين الوجود المادى، والوجود النفسى الاجتماعى. فالوجود البيولوجى الفيزيقى وجود مادى يخضع لقوانين البيولوجيا، والفيزيقا، والكيمياء، وقوانين الحركة، وهو وجود يتسم بالقصور الذاتى وهو خال من الإرادة ومن الوعى بالذات كما يفعل لاعبى ولاعبات الأكروبات فى السيرك عندما ينكرون ذواتهم (السيكولوجية/ السسيولوجية)، ويتحولون إلى ذوات مادية تخضع لقوانين الحركة فقط، وينعدم الوعى بالارادة وهذه هى الحياة المادية، أما الحياة السيكولوجية/ السسيولوجية فهى حياة واعية بوجودها تمتلك إرادتها، وتعى بحياتها، لذا فهى فى إدراك تام لحالتها الراهنة، وعلى وعى وتوقع لمستقبلها لذا فهى تمتلك الحياة لأنها تمتلك الارادة فالإرادة حياة لأنها تعبير صادق عن الوعى بالذات، وتعبر عن القدرة الاختيارية والحياة إرادة لأن من يعى بذاته وعيا تاما، ويملك التحرر من ضغط المادة وسجنها وقصورها الذاتى يملك بالتالى إرادته وعلى هذا تصبح المقولة الارادة حياة والحياة إرادة مقولة واقعية، ويصبح العدم هو انتهاء الارادة فمن يفقد إ رادته يفقد حياته ولو بالمعنى السيكولوجى (العدم النفسى)، وعلى هذا فوجودنا تسمه الامكانية المتاحة لنا، فانه مع ذلك سيحين الحين يوما ما حيث تمتنع كل الامكانيات ـ تختفى الإرادة ـ ولن نجد أمامنا ـ أمل ـ عندما يدركنا الموت الذى هو إستحالة كل إمكان.... وفى وسع الانسان أن يأخذ مصيره على عاتقه «القرار النهائى»، بإمكاننا إقامة فلسفة الحياة لاترتبط باليأس والتوحيد البالغ الحزن لكنها ترتبط بمشاعر الثقة والأمل ولا

حجة بأنه طالما الوجود متناه ومصيرنا إلى الموت فلا سبب لقيام مثل هذا الأمل وهذه الثقة. فالانسان هو الكائن الوحيد الذى يعرف أنه فان وهذا الوعى بالفناء هو الذى يفرض عليه أن يتخذ قرار (إرادة الحياة)، فعليه أن يعرف وجوده ويحدد موقفه من العالم الذى يحياه» (جان فال وآخرون، ترجمة عبد المنعم الحفنى، ب. ت، ٢٢) لذا فالحياة إرادة والإرادة حياة، «والإرادة هى جوهر الانسان، بل ما المانع أن تكون جوهر الحياة فى جميع صورها، فشخصية الانسان تكمن فى إرادته وليس فى عقله، وحتى الجسم فهو نتاج الارادة، لأن عمل الجسم ليس إلا عمل الارادة مجسداً (ول ديورنت، ١٩٧٢، ٤٠٢).

وتأتى قدسية، وقيمة الحياة من كوننا خلقنا على صورة الله، فقد جاء فى العهد القديم، «خلق الله الانسان على صورته، وعلى صورته الله خلقه» (سفر التكوين الاصحاح الأول - جـ ٢٧)، «وقد استخدم مفهوم قدسية الحياة للتعبير عن حرمة الانسان وحقه فى الحياة والإستمتاع بها» (.Duncan,A S, 1977) كما تضمن قسم أبو قراط تقديسا للحياة. «لن أعطى أى دواء مميت لأى شخص يطلب منى ذلك، ولن أقترح استخدامه وكذلك لن أعطى أى إمراة إجهاضا علاجيا» (1983, 115 Lewis, m. A,)

ومن أهم أبعاد إرادة الحياة:

١- إرادة البقاء:

الكائن البشرى بالرغم من إدراكه التام لأنه مخلوق للموت إلا أن فكرة الخلود راسخة فى أعماقه فالعمر أقصر من أن يحقق فيه الانسان ذاته ويشبع طموحاته فإذا مانضج وبدأ يدرك الحياة إدراكاً جيداً داهمه الموت إنها حقاً لمشكلة محيرة والانسان يريد تحقيق (البقاء الفعلى) عن طريق صيانة الجسد وحمايته وحفظه ومقاومة الأمراض، وهو يعمل أيضا على رعاية النفس وتحقيق توازنها وسلامتها وإشباع حاجتها، وكذلك العقل يعمل على رعايته وتدريبه وتقويته، وهو أيضا يعمل على تحقيق (خلوده الرمزى): عن طريق الانجاب خاصة إنجاب الذكور حاملى اللقب، وعن طريق الأعمال العظيمة ولذا فقد عمد الفرعونى القديم للتحنيط، وإقامة التماثيل وتدوين الأعمال لتحقيق الخلود الرمزى... إنها إرادة البقاء تلك الارادة التى (تجعل الغريق يتمسك بقشة، كما يقولون والتى تجعلنا نسارع للأطباء عند إحساسنا بأى خطر يتهدد حياتنا حتى يصل عند البعض إلى حد توهم المرض والخوف من الموت «فتوهم المرض وثيق الصلة بالخوف من الموت» (Starcevic, v 1989)، وهو علامة على الرغبة الزائدة فى البقاء، وليس دليلا قاطعا على إرادة البقاء. فإرادة البقاء فعل إيجابى يدفع للحفاظ على خلود الذات ماديا ورمزيا.

٢ - إرادة القوة وقوة الارادة:

الحياة هدف والهدف يحتاج إلى (كفاح) يستند على (إرادة القوة) التى تعين الفرد على الكفاح فى سبيل الهدف، وتقوى ضعفه، وتزوده بمدد من الدعم المادى والنفسى، كما يحتاج تحقيق الهدف إلى (المثابرة) التى تستند على (قوة الإرادة) التى تدعم الأمل وتبدد اليأس وتدعم إستمرار الكفاح لتحقيق الأهداف وإشباع الحاجات، وتحقيق الممكنات، وعدم الاعتراف بالمستحيلات.

٣ - إرادةالمقاومة:

قال تعالى «لقد خلقنا الانسان فى كبد» فالانسان محكوم عليه بأن يكابد فى سبيل تحقيق أهدافه، فليس الطريق إلى الأمانى مفروشا بالرياحين، ولذا تواجه الفرد العقبات والمصاعب، وتضغطه ضغوط الحياة بعنف.

وصدق من قال:

لاتحسبن المجد تمراً أنت آكله
لن تبلغ المجد حتى تلعق الصبر

وقال آخر:

ترجو النجاة ولم تسلك مسالكها
إن السفينة لاتجرى على اليبس

فالانسان محكوم عليه بالإبحار وسط أمواج الحياة المتلاطمة وأحيانا ضد التيار، وهذا يحتاج إلى إرادة المقاومة التى تمكنه من الصمود والتصدى وقبول التحدى من أجل تحقيق الهدف، تكسبه الآلام والضغوط قوة مقاومة، وتظهر الأزمات أصالة معدنه، وهذه الإرادة تظل مقاومة حتى النفس الأخير تؤكد إرادة الانسان ومقدرته على المقاومة.

٤ - إرادة الأمل:

ليس بين البشر إنسان لم يعرف اليأس يوما طريقه إلى قلبه، ولكن ليس بين البشر أيضا مخلوق واحد لم تمتزج فى حياته خيوط (الألم والأمل) والأمل هو الجو الروحى الأوحد الذى تحيا فى كنفه النفس الانسانية فليس لمشكلة الحياة من حل الا بالأمل، (زكريا ابراهيم، ١٩٦٢: ٤٥)، «فالأمل هو سر إستمرار الحياة» فالانسان ليس هو أبدا مجموع مايملك، بل هو مجموع مالايملك، ومايمكنه أن يملك، ومالايملكه هو مجموع مشروعاته المستقبلية، (مراد وهبه، ١٩٧٢، ١١٦) والمشروع المستقبلى هو الأمل الذى يدفع الانسان إلى أن يعمل ويتفاعل مع الحياة حتى حشرجته الأخيرة، فالأمل: خبرة إيجابية تجعل الفرد يتخذ إتجاها إيجابيا نحو المستقبل بما يقوى إرادة الحياة.

٥ - إرادة الإستمتاع بالحياة:

قال تعالى «وما الحياة الدنيا الامتاع» من الحق المشروع للانسان الاستمتاع بدنياه حتى آخر لحظة فيها، فى إطار ما أحل الله، فكل ما على البسيطة مخلوق ومسخر لمتعة الانسان، وكل النعم التى تحيط بنا تدعونا إلى الاستمتاع والتمتع بها، وشكر الله عليها، فالاستمتاع بمعطيات الحياة هو الذى يعطى الحياة معنى، وإرادة الاستمتاع بالحياة فعل إيجابى من الانسان للبحث عن مصادر اللذة المشروعة من طعام وشراب ومسكن وجنس، وترويح مشروع بشكل يضفى البهجه والسرور على النفس البشرية بحيث يقبل الفرد على الحياة بحب لكل ما هو جميل فى الحياة.

إن نفسا لم يشرق الحب فيها

هى نفس لم تعرف معنى الحياة

فإرادة الاستمتاع بالحياة التى تتلمس المتعة والاستمتاع بكل موقف مهما كان، حتى الألم ترى فيه تجربة تدفع للاحساس بقيمة الاستمتاع بالأمل.

الألم:

خبرة الألم من أقسى الخبرات الانسانية سواء أكان الألم حسيا أو معنويا. لذا نتعذب بالألم فى الدنيا والآخرة «فالألم هو الذى يكشف لنا عن وجودنا الفردى فى جدة قاسية تتمزق معها الرابطة التى كانت توثقنا بالكون، كما أنه يردنا إلى ذواتنا، ويحتبسنا فى وجودنا الفردى، حيث نقبع فى ذواتنا، والألم وحده الذى يتيح لنا الفرصه لمعاناة تجربة الوحدة على حقيقتها، (زكريا ابراهيم، ١٩٦٧، ٣٤)

وعلى هذا فالألم إختبار جدى لمدى قوة إرادة الفرد للمقاومة والتحمل والابتسام، والتسامى فوق الالأم والجراح، بتحقيق (الرضا الذاتى) لمجابهة غضبات الحياة وقسوتها وشدةآلامها.

المرض مصدر من مصادر الألم الحسى والمعنوى:

الألم هو النذير للمرض، فهو صرخة لطلب العلاج، ويصاحب الأمراض دائما الألم الحسى المتمثل فى نوبات الألم التى تهاجم المريض فيصرخ، أو يتلوى، أو يدق رأسه فى الحائط، أو يبكى طالبا ما يسكن ويخمد ثورة آلامه هذا الألم الحسى يجلب معه ألما معنويا يتمثل فى الحزن، والأسى لما آلت أو سوف تؤول إليه حالته الصحية فى المستقبل.

الآلام المعنوية مصدر من مصادر الأمراض العضوية:

«إذ تضعف الآلام الناجمة عن المشقة النفسية جهاز المناعة، كما أن هناك كثير من الأدلة التى تبين أن الناس يكونون أكثر إستعداداً للإصابة بالبرد والأنفلونزا، والأمراض المعدية المختلفة، إذا تعرضوا لمشقة نفسية، أو خبروا حديثا أحداث حياة ضاغطة (Jemmotn J - B & Lomks.e) «كما تؤدى المشقة النفسية إلى ظهور السرطان، كما يتأثر مرض السرطان بنمط الشخصية من حيث الاكتئاب، والعجز عن تحمل الغضب، وتفريغ التوتر» (Greer, s L watson, M- 1995).

فروض الدراسة:

الفرض الأول:

أ- توجد علاقة موجبة بين المساندة النفسية الإجتماعية للمرضى وإرادة الحياة.

ب- توجد علاقة سالبة بين المساندة النفسية الإجتماعية للمرضى ومستوى الألم.

الفرض الثانى: يختلف مستوى الألم لدى المرضى مرتفعى ومنخفضى.

أ- المساندة النفسية/ الإجتماعية.

ب- إرادة الحياة.

الفرض الثالث: تختلف إرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بإختلاف الجنس.

الفرض الرابع: للمرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة الحياة جوانب شخصية وإجتماعية متباينة.

عينة الدراسة:

شملت عينة الدراسة ١٢٠ مريضاً ومريضة من المرضى الذين قرر الفحص الطبى أنهم مرضى بمرض مفض إلى الموت، موزعين بالتساوى على الجنسين (٦٠ إناث، ٦٠ ذكور من بينهم والد الباحث، وهذا أهم دوافع البحث الحالى) بمتوسط عمرى ٤٧,٦ عاماً.

أدوات الدراسة:

١- مقياس المساندة النفسية الإجتماعية للمرضى (إعداد الباحث).

٢- مقياس إرادة الحياة (إعداد الباحث).

٣- مقياس مستوى الألم (كما يدركه المريض)، (إعداد الباحث).

(١) مقياس المساندة النفسية/ الإجتماعية للمرضى: (إعداد الباحث).

فى ضوء تعريف الباحث للمساندة النفسية الإجتماعية بأنها: كل دعم مادى أو معنوى يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض، وتخفيف آلامه العضوية والنفسية الناجمة عن المرض.

تمكن الباحث من تحديد الأبعاد التالية للمقياس:

١- طمأنة المريض على حالته الصحية: ويقصد بها إشعار المريض بأنه بحالة صحة طيبة وأنه فى تحسن مستمر وسيجتاز أزمته الصحية.

٢- تقوية أمل المريض فى الحياة: ويقصد به: إعطاء المريض الأمل فى البقاء وإمتداد العمر، والتمتع بجمال الحياة.

٣- تقبل المريض: ويقصد به: تقبل الحالة المرضية للمريض، وتقبل جميع السلوكيات الصادرة عنه أثناء مرضه، وتقبل متاعبه دون ملل أو ضجر يشعره بعدم المرغوبية أو الرغبة فى التخلص منه.

٤- الترويح عن المريض: ويقصد به الترفيه عن المريض بصورة تتناسب وحالته الصحية بشكل يخرجه من دائرة المرض وينسيه آلامه.

٥- عيادة المريض (زيارته): ويقصد به زيارة المريض بما يتفق وآداب الزيارة، ويحقق الهدف منها.

٦- الإهتمام بالمريض والسؤال عنه: ويقصد به الإهتمام الحقيقى بحالة المريض من حيث الرعاية العلاجية، والغذائية، وتقديم الخدمات الشخصية، والسؤال الدائم عنه من قبل الآخرين.

٧- الدمج الإجتماعى للمريض: ويقصد به وضع المريض فى قلب الأحداث الإجتماعية، وعدم عزله عنها، وتدعيم تفاعله وتواصله الإجتماعى مع الآخرين فى حدود ما تسمح به حالته الصحية.

فى إطار التحديد السابق لأبعاد المقياس تم صياغة عبارات تعبر عن كل بعد كالآتى:

- طمأنة المريض على حالته الصحية - ١٠ عبارات.
- تقوية أمل المريض فى الحياة ١٠ عبارات.
- تقبل المريض ١٠ عبارات.
- الترويح عن المريض ١٠ عبارات.
- عيادة المريض (زيارته) ١٠ عبارات.
- الإهتمام بالمريض والسؤال عنه ١٠ عبارات.
- الدمج الإجتماعى للمريض ٢٠ عبارة.

كما تم وضع ميزان تقدير أمام كل عبارة كالآتى:

تماما	إلى حد ما	نادراً	
٣	٢	١	فى العبارات الموجبة
١	٢	٣	فى العبارات السالبة

صدق المقياس: تم حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية على عينة من ٢٠٠ مريضاً ومريضة.

جدول رقم (١)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطى درجات الربع الأعلى والأدنى لدرجات أفراد عينة التقنين على مقياس المساندة النفسية / الإجتماعية للمرضى وأبعاده ن١= ن٢ = ٥٤

البعد	الربع الأعلى		الربع الأدنى		(ت) ودلالتها
	م	ع	م	ع	
طمأنة المريض على حالته الصحية	٢٣	١ر٤	٥ر١٧	٥ر٣	٥٨ر١٠**
تقوية أمل المريض فى الحياة	٥ر٢٥	٢ر٥	١٨	٩ر٢	٩٣ر١٢**
تقبل المريض	٥ر٢٤	٦ر٤	٢٠	٨ر٣	٧٥ر٧**
الترويح عن المريض	٢٤	٤ر٥	٥ر١٧	٧ر٢	٧٤ر١٢**
عيادة المريض (زيارته)	٢٥	٩ر٤	١٩	٤ر٣	٤٣ر١٠**
الإهتمام بالمريض والسؤال عنه	٢٢	٨ر٣	٥ر١٨	٩ر٢	٦ر٧**
الدمج الإجتماعى للمريض	٤٥	٩ر٦	٥ر٣٤	٢ر٥	٥ر١٢**
المساندة النفسية/ الإجتماعية للمريض	١٨٩	٧ر٣١	١٤٥	٨ر٢٤	٢٨ر١١**

* دالة عند ٥ .ر. ** دالة عند ١ .ر.

يتضح من الجدول السابق رقم (١) أن جميع الفروق دالة عند ٠١ر٠ مما يدل على صدق المقياس

ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة الإختبار على عينة من ٢٠٠ مائتى مريض ومريضة بفاصل زمنى قدره ثلاثة أسابيع: وقد جاءت معاملات الإرتباط بين المرتين كما يلى:

طمأنة المريض على حالته الصحية = ٩٥ر. تقوية أمل المريض فى الحياة = ٩٧ر.
تقبل المريض = ٩٣ر. الترويح عن المريض = ٩٥ر.
عيادة المريض (زيارته) = ٩٦,٠ الإهتمام بالمريض والسؤال عنه = ٩٤ر.
الدمج الإجتماعى للمريض= ٩٧ر. المساندة النفسية/ الإجتماعية المريض ككل = ٩٥ر.

وجميع هذه المعاملات دالة عند ٠١ر٠ مما يدل على تمتع المقياس بثبات عال.

(٢) مقياس إرادة الحياة: (إعداد الباحث):

من منطلق تعريف الباحث لمصطلح إرادة الحياة.

والذى ينص على أن «إرادة الحياة: يقصد بها تمتع الفرد بالقدرة على الرغبة فى البقاء، والتمتع بالقدرة على إستخدام قوته فى تحقيق أهدافه الحياتية، مع القدرة على مقاومة الضغوط الحياتية، والتمتع بالأمل الفاعل، مع القدرة على الإستمتاع المشروع بمتع الحياة. بشكل يجعل الحياة شيئا ممتعا يبعث على الإرتياح النفسى».

أمكن للباحث تحديد أبعاد مقياس إرادة الحياة كما يلى:

١- **إرادة البقاء:** ويقصد بها رغبة الفرد فى البقاء حيا بيولوجيا* أو رمزيا* حسب عمره، والتمسك بكل عوامل البقاء، والبعد عن كل مايهدد هذا البقاء.

٢- **إرادة القوة:** يقصد بإرادة القوة بذل الجهد فى تحقيق الأهداف إعتماداً على القوى الذاتية للفرد أيا كان مصدرا لقوة مادية - علمية - عضلية - نفسية - إجتماعية - روحية.

٣- **إرادة المقاومة:** يقصد بإرادة المقاومة القدرة الذاتية للفرد على تحدى العقبات والصعوبات التى تحول دون أهدافه دون خضوع أو إستسلام.

٤- **إرادة الأمل:** ويقصد بها وجود مشروع مستقبلى للفرد لتحقيق أهدافه على أن يتسم هذا المشروع بالواقعية التى تتناسب وقدراته بحيث لايضيع الممكن فى طلب المستحيل.

٥- **إرادة الإستمتاع بالحياة:** ويقصد بها الرغبة فى الإستمتاع المشروع بكل معطيات الحياة مع عدم هدر أى لحظة من لحظات العمر دون إستمتاع، وخلق المتعة من أى موقف أيا كان.

صدق المقياس: تم حساب صدق المقياس بطريقة المقارنة الطرفية على عينة مكونة من ٣٠٠ فرد من الجنسين.

جدول رقم (٢) يوضح دلالة الفروق بين متوسطى درجات الأفراد على المقياس

الربع الأعلى والربع الأدنى ن١=ن٢=٨١

البعد	الربع الأعلى		الربع الأدنى		(ت) ودلالتها
	م	ع	م	ع	
إرادة البقاء	١٠٥	٢١,٩	٨٩	١٧,٨	١٧ر٧**
إرادة القوة	٩٩	١٩,٨	٨٢	١٦,٦	٣٣ر٨**
إرادة المقاومة	٩٥	١٩,٦	٧٨	١٥,٢	٦٧ر٨**
إرادة الأمل	٩٢	١٨,٤	٧٣	١٤,٩	٦٧ر٨**
إرادة الإستمتاع بالحياة	٩٠	١٨,٧	٧٠	١٤,٧	١٦ر١٠**
إرادة الحياة	٤٨١	٩٤,٥	٣٩٢	٧٨,٤	١٧ر٩**

* دالة عند ٥ .ر. ** دالة عند ١ ٠ر٠

يتضح من الجدول السابق رقم (٢) أن جميع الفروق دالة عند ٠١ر٠ - مما يدل على صدق المقياس

ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة الإختبار على عينة مكونة من ٣٠٠ فرد من الجنسين، وبفاصل زمنى قدره ثلاثة أسابيع، وقد جاءت معاملات الإرتباط كما يلى:

إرادة المقاومة = ٩٥ر

إرادة الأمل = ٩٣

إرادة الإستمتاع بالحياة = ٩٢ر.

إرادة الحياة ككل = ٩٤٨ر.

وجميع هذه المعاملات دالة عند ٠١ر٠ مما يدل على ثبات المقياس.

(٣) مقياس مستوى الألم: فى ضوء تعريف الباحث لمستوى الألم: بأنه (درجة شدة الاحساس بالآلام المصاحبة للمرض سواء آلام جسدية أم نفسية (كما يدركها المريض)

ويتم قياس مستوى الألم: من حيث:

(١) الشدة (٢) الإحتمال (٣) الحالة النفسية المصاحبة

(٤) الإستمرارية. (٥)ملازمات نوبات الألم.

(٦) طرق حدوث النوبات (٧) مواعيد النوبات

(٨) ظروف حدوث النوبات. (٩)تصرف المريض أثناء النوبات.

(١٠) الفارق بين نوبة الألم وسابقتها من حيث الشدة.

(١١) الفارق بين نوبة الألم وسابقتها من حيث الإحتمال.

(١٢) الفارق بين نوبة الألم وسابقتها من حيث الزمن.

- وتدريج شدة الألم رباعى= ٤ درجات.
- وتدريج الإحتمال خماسى = ٥ درجات.
- وتدريج الحالة النفسية المصاحبة للألم رباعى= ٤ درجات.
- وتدريج الإستمرارية رباعى = ٤ درجات.
- وتدريج ملازمات نوبات الألم رباعى = ٤ درجات.
- وتدريج طرق حدوث النوبات ثلاثى = ٣ درجات.
- وتدريج مواعيد النوبات ثلاثى = ٣ درجات .
- وتدريج ظروف حدوث النوبات رباعى = ٤ درجات.
- وتدريج تصرف المريض أثناء النوبات سداسى = ٦ درجات.
- وتدريج الفارق بين النوبة وسابقتها:

- من حيث الشدة خماسى= ٥ درجات - من حيث الزمن ثمانى = ٨ درجات
- من حيث الاحتمال خماسى = ٥ درجات - الدرجة الكلية للمقياس = ٥٥ درجة

وقد صيغت عبارات المقياس فى شكل متدرج، وعلى المفحوص أن يضع علامة (✓) أمام التدريج الذى يناسب حالته فى كل موقف.

صدق المقياس: تم حساب الصدق: بالإعتماد على صدق التكوين من جهة، ومن جهة أخرى تم حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية. وذلك بحساب دلالة الفروق بين متوسطى درجات الربيع الأعلى والأدنى لعينة من المرضى قوامها ١٠٠ مريض.

جدول (٣)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطى درجات الربيع الأعلى والأدنى لعينة الصدق على المقياس ن١=ن٢= ٢٧

البعد	الربيع الأعلى		الربيع الأدنى		(ت) ودلالتها
	م	ع	م	ع	
مقياس مستوى الألم	٤٤	٧ر٨	٣٣	٩ر٥	١٠ر٨**

* دالة عند ٠٥ر٠ ** دالة عند ٠١ر٠

ثبات المقياس: تم حساب الثبات بطريقة إعادة الإختبار على عينة مكونة من ١٠٠ مريض بفاصل زمنى قدره (١٠) أيام وذلك تحاشياً للتغيرات التى يمكن أن تطرأ على مستوى الألم.

وقد جاء معامل الإرتباط بين المرتين = ٩٣ر.

وهو دال عند ٠١ر٠ مما يدل على ثبات المقياس.

نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول:

(أ) على أنه «توجد علاقة موجبة بين المساندة النفسية / الإجتماعية للمرضى وإرادة الحياة.

(ب) «توجد علاقة سالبة بين المساندة النفسية/ الإجتماعية للمرضى ومستوى الألم».

نتائج الفرض الأول (أ)

جدول رقم (٤) يوضح العلاقة بين المساندة النفسية / الإجتماعية وإرادة الحياة لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت ن = ١٢٠

إرادة الحياة / المساندة النفسية/ الإجتماعية للمرضى	إرادة البقاء	إرادة القوة	إرادة المقاومة	إرادة الأمل	إرادة الاستمتاع بالحياة	إرادة الحياة
طمأنة المريض على حالته الصحية	٠ر٤٩**	٠ر٤٥**	٠ر٥١**	٠ر٤٨**	٠ر٤٤**	٠ر٤٨**
تقوية أمل المريض فى الحياة	٠ر٥١**	٠ر٤٨**	٠ر٥٣**	٠ر٨١**	٠ر٦٩***	٠ر٦١**
تقبل المريض	٠ر٥٤**	٠ر٤٧**	٠ر٤٩**	٠ر٦٨**	٠ر٥٧**	٠ر٥٣**
الترويح عن المريض	٠ر٥٠**	٠ر٤٩**	٠ر٤٧**	٠ر٤٨**	٠ر٦١**	٠ر٥١**
عيادة المريض (زيارة المريض)	٠ر٥٢**	٠ر٤٨**	٠ر٤٩**	٠ر٥١**	٠ر٤٧**	٠ر٤٩**
الإهتمام بالمريض والسؤال عنه	٠ر٤٩**	٠ر٤٦**	٠ر٥٠**	٠ر٤٧**	٠ر٤٥**	٠ر٤٧**
الدمج الإجتماعى للمريض	٠ر٥٣**	٠ر٥٠**	٠ر٤٩**	٠ر٤٨**	٠ر٤٦**	٠ر٤٩**
المساندة النفسية / الإجتماعية المرضى ككل	٠ر٥١**	٠ر٤٨**	٠ر٥٠**	٠ر٥٧**	٠ر٥٢**	٠ر٥٣**

* دالة عند ٠,٠١ ** دالة عند ٠,٠٥

جدول رقم (٥)

يوضح العلاقة بين المساندة النفسية / الإجتماعية ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت ن = ١٢٠

المساندة النفسية / الإجتماعية للمرضى	مستوى الألم
طمأنة المريض على حالته الصحية	-٠ر٤٢**
تقوية أمل المريض فى الحياة	-٠ر٤٥**
تقبل المريض	-٠ر٤٣**
الترويح عن المريض	-٠ر٤٤**
عيادة المريض (زيارة المريض)	-٠ر٤٦**
الإهتمام بالمريض والسؤال عنه	-٠ر٤٢**
الدمج الإجتماعى للمريض	-٠ر٥١**
المساندة النفسية/ الإجتماعية (ككل)	-

* دالة عند ٠,٠١ ** دالة عند ٠,٠٥ر

مناقشة نتائج الفرض الأول (أ):

علاقة المساندة النفسية / الإجتماعية للمرضى بإرادة الحياة

(أ - ١) طمأنة المريض على حالته الصحية، وإرادة الحياة:

توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين طمأنة المريض على حالته الصحية كبعد من أبعاد المساندة النفسية / الإجتماعية، وإرادة البقاء (كبعد من أبعاد إرادة الحياة): ذلك أن إرادة البقاء تقوى كلما أدرك المريض بشكل مباشر وغير مباشر أن حالته الصحية فى تقدم أو أنها على الأقل مستقرة إنه يدرك ذلك بشكل مباشر من إحساسه الشخصى بمستوى صحته، وبشكل غير مباشر فى نظرات وتعبيرات وجوه المحيطين به، درجة هلعهم وإطمئنانهم من نظرة الطبيب إليه، وتقريره اللفظى للمريض بمدى تحسنه، وموقف الطبيب نفسيا عند فحصه للمريض فكلما زاد قلق الطبيب زاد شعور المريض بخطورة حالته لذا فإن طمأنة المريض على صحته ممن حوله خاصة من يملك خبرة طبية يقوى إرادة البقاء لدى المريض حيث ينخفض قلق الموت لديه «فمن البديهى أن نفترض أن قلق الموت يرتبط سلبيا بحالة الصحة الجسمية للفرد، كما يزداد قلق الموت لدى من يعانون من أمراض جسمية» (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٧، ١٢٠) وبالتالى تصبح الطمأنة على الحالة الصحية مؤثرا إيجابيا على خفض قلق الموت، وتقوية إرادة البقاء.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين طمأنة المريض على حالته الصحية وإرادة القوة: فكلما إطمأن المريض على حالته الصحية بدأ يستعيد إرادة قوته كما يقولون (مقدار ماشم العافية قام يجرى) هذه هى إرادة القوة التى بعثتها من مرقدها طمأنة المريض على حالته الصحية.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين طمأنة المريض على حالته الصحية، وإرادة المقاومة. عندما يعترى الفرد أى مرض خاصة إذا كان خطيراً فإنه ينهار نفسيا وتقل مقاومته للضغوط ويبدأ فى التسليم والاستسلام والإذعان لضغوط حالته المرضية، فإذا ماشعر بالأطمئنان على صحته بدأ معدل مقاومته يرتفع وصموده يزداد فى مجابهة آثار المرض.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين طمأنة المريض على حالته الصحية وإرادة الأمل. ذلك أن الأمل يرتبط باعتدال المزاج النفسى، واليأس يرتبط باعتلال المزاج النفسى، والمريض يعانى من الإعتلال النفسى المصاحب لإعتلاله المرض، وعندما يتم تطمين المريض على حالته الصحية يعتدل مزاجه النفسى، ويقوى بالتالى أمله فى الحياة.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين طمأنة المريض على حالته الصحية وإرادة الإستمتاع بالحياة. عندما يعترى الفرد المريض يفقد الإحساس بأى لذة حسية أو معنوية، وبالتالى يفقد الاحساس باللون، أو الطعم، أو الرائحة، بل ويعترى المريض الزهد فى كل شئ فها هو يرفض الطعام والشراب وكل ملذات الحياة، وعندما يشعر بالإطمئنان على صحته يبدأ فى التمتع بأى مظهر من مظاهر الحياة (يحلق ذقنه، تصفف شعرها، يبدأ فى التزين، ومحاولة التمتع بطيبات الحياة).

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين طمأنة المريض على حالته الصحية (كبعد من أبعاد المساندة النفسية/ الإجتماعية) وإرادة الحياة فإطمئنان المريض على حالته الصحية دعم نفسى له يقوى إرادة الحياة لديه.

(أ - ٢) : تقوية أمل المريض فى الحياة وإرادة الحياة:

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقوية أمل المريض فى الحياة (كبعد من أبعاد المساندة النفسية/ الإجتماعية) وإرادة البقاء.

فكلما أشعرنا المريض بقيمة الحياة وروعتها كلما تدعمت لديه إرادة البقاء والرغبة فى الحياة، أما اليائس من الحياة فهو ينتظر الخلاص منها لا التمسك بها فالبقاء رهن بالإمل، وإذا لم يكن لوجودنا قيمة فلم نحيا؟! وإذا فقدت الحياة معناها ضعفت إرادة البقاء فيها.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقوية أمل المريض فى الحياة وإرادة القوة.

فكلما قوى أمل المريض فى الحياة كلما تدعمت لدية إرادة القوة وتلمس مصادرها دعما لوجوده الفردى، وتأكيدا لمقدرته.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقوية أمل المريض فى الحياة وإرادة المقاومة. فالمريض الذى دعم أمله فى الحياة تزداد مقدرته على مقاومة أحداثها وصعوباتها خاصة صعوبات المرض ومتاعبه.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقوية أمل المريض فى الحياة وإرادة الأمل فكلما تدعم أمل المريض فى الحياة كلما قوى أمله فى الحياة، وتطلعت نفسه نحو مشروع مستقبلى يساعد على تحقيق الذات وسموها.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقوية أمل المريض فى الحياة وإرادة الإستمتاع بالحياة. فعندما يقوى أمل المريض فى الحياة يسعى لإدراك مابها من متع ويتحقق له إدراكا صحيحا للمذاتها، والرغبة فى الإستمتاع بها فى إطار ماأحل الله.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقوية أمل المريض فى الحياة وإرادة الحياة.

فإرادة الحياة تنعدم باليأس، وتقوى بالأمل الدافع لتحقيق طموحات الذات وأحلامها.

(أ - ٣) : تقبل المريض وإرادة الحياة:

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقبل المريض (كبعد من أبعاد المساندة النفسية/ الإجتماعية) وإرادة البقاء (كبعد من أبعاد إرادة الحياة). فتقبل الآخرين للمريض، مرضه. ذاته يساعد المريض على تقبل ذاته وتقبل مرضه، وبالتالى تقوى إرادة البقاء لديه.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقبل المريض، وإرادة القوة فشعور المريض بأنه متقبل رغم مرضه يدعم إرادة القوة ويشد عزمه.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقبل المريض، وإرادة المقاومة ذلك أن المريض عندما يزداد شعوره بالتقبل والمرغوبية الإجتماعية تزداد مقدرته على الصمود والتصدى والصبر على آلام المرض.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقبل المريض وإرادة الأمل فإرادة الأمل ترتكز على تقبل الذات والأمل فى مقدرتها مع مصداقية تقبل الآخرين لحالة المريض.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقبل المريض وإرادة الإستمتاع بالحياة. فالإستمتاع بالحياة لا معنى له مع فرد لا يتقبل ذاته ولايتقبله الآخرون، فعندما نساعد المريض على تقبله ذاته وتقبل مرضه، ونؤكد تقبلنا له ولمرضه فإننا ندفعه للإستمتاع بالحياة وتقبلها.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠,٠١ بين تقبل المريض وإرادة الحياة فمن لا يتقبله الآخرون يرفض الآخرون ويرفض ذاته وبالتالى يرفض الحياة التى جعلته عبئاً على الآخرين.

(أ-٤) : الترويح عن المريض وإرادة الحياة:

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الترويح عن المريض (كبعد من أبعاد المساندة النفسية / الإجتماعية) ، وإرادة البقاء (كبعد من أبعاد إرادة الحياة).

وذلك لأن الترويح يتضمن إزالة جو التوتر والكآبة وكسر حاجز القلق الذى ينتاب المريض بحيث تقوى لديه الرغبة فى الحياة والإقبال عليها وبالتالى تقوى إرادة البقاء لديه.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الترويح عن المريض وإرادة القوة. فالترويح فى أبسط صوره تعبير عن قوة الإرادة، والرغبة فى العافية والقوة حيث أنه تفريغ للطاقات، وتبديدا للمخاوف ومحاولة قوية لتجاوز المرض.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الترويح عن المريض وإرادة الأمل. فالترويح يتضمن تغيير النظرة للحياة من إنها كدر وغم ومشقة وهم إلى أنها أمل ورجاء وسرور وفرح أيضاً.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الترويح عن المريض وإرادة الإستمتاع بالحياة. فالترويح محاولة إيجابية للإستمتاع والترفيه والتسلية وجلب المتعة.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الترويح عن المريض وإرادة الحياة فالترويح أرقى درجات التعبير عن إرادة الحياة لأنه يبدو الحاجة النفسية الكمالية فى نظر الكثيرين، وأنه ينبغى البحث عنه بعد إشباع معظم أساسيات الحياة.

(أ - ٥) عيادة المريض (زيارة المريض) وإرادة الحياة.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ز بين عيادة المريض (زيارة المريض) (كبعد من أبعاد المساندة النفسية / الإجتماعية)، وإرادة البقاء (كبعد من أبعاد إرادة الحياة) فعيادة المريض إشعار له بالأهمية من جهة، وجلبا للونس النفسى/ الإجتماعى وبالتالى تقوية لرغبة المريض فى البقاء بين هؤلاء الأحبة.

- توجد علاقة موجبة دالة عند أ . د. بين عيادة المريض وإرادة القوة : فعيادة المريض شد لأزره ومساندة له ودعم لقوته بحيث يبدو أمامهم قوياً منتصراً على آلامه .

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين عيادة المريض وإرادة المقاومة وذلك لأن زوار المريض يوصونه بأن (يشد حيله، وأنه جمل المحامل) وأنه رجل المهام الصعبة، والذى ينبغى أن يظل صامدا رغم آلام الجراح.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين عيادة المريض وإرادة الأمل فتجمع الزوار حول المريض فى مظاهرة حب رائعة يعطيه الأمل فى الدنيا التى يتصف أهلها بالحب والوفاء والتى تستحق أن يحياها الإنسان.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين عيادة المريض وإرادة الإستمتاع بالحياة، فالاستمتاع بالحياة يجد المريض لونا من ألوانه أثناء زيارة المحبين له، وأحاديثهم عن حلو الذكريات.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين عيادة المريض وإرادة الحياة ككل فإرادة الحياة تتدعم من خلال مايخلقه الجو النفسى/ الإجتماعى الصحى أثناء عيادة الأحبة للمريض وإشعاره بجمال الحياة وبالفراغ الذى أحدثه غيابه لمرضه.

(أ - ٦) الإهتمام بالمريض والسؤال عنه وإرادة الحياة:

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الإهتمام بالمريض والسؤال عنه وإرادة البقاء.

فالاهتمام والسؤال دليل على المرغوبية الإجتماعية، وبالتالى لم يترك هذا المريض منطقة الجذب النفسى / الإجتماعى له؟! إنه يتشبث بأسباب البقاء بينهم.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الإهتمام بالمريض والسؤال عنه وإرادة القوة. فالإهتمام والسؤال يعلى الحاجة لمن نهتم به ونسأل عنه، وبالتالى تزداد إرادة القوة لديه ليكون أقدر على تلبية وإشباع حاجات المهتمين به.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الإهتمام بالمريض والسؤال عنه وإرادة المقاومة. ذلك أن المقاومة تحتاج لدعم يؤكد الثقة فى المقاوم وفى قدرته على المقاومة، وهذه الثقة هى خط الدفاع الثانى والذى مبعثه الإهتمام بالمريض.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الإهتمام بالمريض والسؤال عنه وإرادة الأمل. فالأمل رغبة داخلية تدعمها ظروف خارجية تبعث الأمل وتبدد اليأس والإهتمام بالمريض والسؤال عنه يبعث الأمل فى حياة تستحق أن تعاش.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الإهتمام بالمريض والسؤال عنه وإرادة الإستمتاع بالحياة. فالإهتمام بالمريض

والعناية به وبهندامه ومظهره الشخصى والإجتماعى يجعله أكثر رغبة فى التمتع بطيبات الحياة، على العكس فإن الإهمال الذى يتعرض له بعض المرضى يجعلهم أكثر كراهية للحياة وزهدا فيها وإنصرافاً عن التمتع بملذاتها.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الإهتمام بالمريض والسؤال عنه وإرادة الحياة ككل. فالإهتمام يعنى التقبل والمرغوبية والسؤال يعنى الحرص على ذات الفرد والرغبة فى الحفاظ عليها وذلك يدعم إرادة الحياة ويؤكدها.

(أ - ٧) الدمج الإجتماعى للمريض وإرادة الحياة:

توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الدمج الإجتماعى للمريض وإرادة البقاء فإدماج المريض فى الحياة الإجتماعية العامة يشعره بأنه جزء من النسيج الإجتماعى، وخلية إجتماعية ينبغى أن يكتب لها البقاء حية فى إطار الجسد الإجتماعى للحاجة الماسة للدور الإجتماعى.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الدمج الإجتماعى للمريض وإرادة القوة فالقوة دائما مبعثها إحساس داخلى يدعمه تأييد خارجى والدمج الإجتماعى سند يقوى بيد إجتماعية إرادة القوة للمريض.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الدمج الإجتماعى للمريض وإرادة المقاومة فالجماعة سند يشد الأزر ويقوى الظهر ويصلب العود، ويجعل الفرد أقدر على مواجهة أفاعيل الزمان وأحداثه.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الدمج الإجتماعى للمريض وإرادة الأمل. فمتى كان الفرد مندمجا فى جماعته، متفاعلا مع حياته إلا وشعر بأن الأمال ترتسم على شفتيه وتتبدى فى مقلتيه رغم آلام وقسوة المرض.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الدمج الإجتماعى للمريض وإرادة الإستمتاع بالحياة. فالإستمتاع بالحياة، وإدراك مناحى جمالها وملذاتها رهن بجماعة يتفاعل الفرد وينفعل من خلالها تنمى فيه روح حب الحياة، وتحاول إمتاع المريض قدر طاقته وفى حدود ماأحل الله وشرع.

- توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين الدمج الإجتماعى للمريض وإرادة الحياة ككل. فالدمج الإجتماعى للمريض إعتراف بأهمية حياته وتوظيف لإمكاناته، وإستمرار لدوره الإجتماعى بشكل يقوى إرادة الحياة لديه.

(أ - ٨) المساندة النفسية/ الإجتماعية (ككل):

توجد علاقة موجبة دالة عند ٠١ر٠ بين المساندة النفسية الإجتماعية للمرضى (ككل)، وإرادة الحياة وأبعادها (إرادة البقاء - إرادة القوة - إرادة المقاومة - إرادة الأمل - إرادة الإستمتاع بالحياة).

فالمساندة النفسية الإجتماعية كما سلف فى صورها المختلفة (صمأنة المريض على حالته الصحية وتقوية أمله فى الحياة، وتقبله، والترويح عنه، وعيادته والإهتمام به والسؤال عنه، ودمجه إجتماعياً) تقوى بلا شك إرادة الحياة وتجسدها لديه أملا يحياه حتى النفس الأخير.

مناقشة نتائج الفرض الأول (ب)

العلاقة بين المساندة النفسية / الإجتماعية ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت.

يتضح من الجدول (٥) مايلى:-

(ب - ١) علاقة طمأنة المريض على صحته بمستوى الألم

- توجد علاقة سالبة دالة عند ٠١ر٠ بين: طمأنة المريض على حالته الصحية (كبعد من أبعاد المساندة النفسية/ الإجتماعية، ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت).

حيث أن شعور المريض بالإطمئنان على حالته الصحية الناتجة عن تطمين أهله وزواره يخفض من قلق الموت لديه، كما يقلل من مخاوفه المرتبطة بالمرض، وبالتالى تقوى دفاعاته ومقاوماته فيتسامى فوق الألم، ولقد وجدت إحدى الحالات ذات الصلة بى تتألم فى صمت، وعندما سألته عن ألمه قال: (حاجة بسيطة، وهتروح بعد شوية) إلى هذا الحد تعمل رفع الحالة المعنوية للمريض كحائط صد مثبط للألم، حتى إن أفيونات الدماغ يزداد سيلانها بشكل فاعل فى خفض الألم.

(ب٢) علاقة تقوية أمل المريض فى الحياة بمستوى الألم:-

- توجد علاقة سالبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقوية أمل المريض فى الحياة ومستوى الألم.

وذلك لأن تقوية أمل المريض فى الحياة يساعد على تدعيم عوامل الحياة، وإستثارة القوى الحيوية، وإنتصار الحياة

وبالتالى تزداد (المتانة النفسية) للمريض، ويقوى على تحمل الألم ويضعف الإحساس به

(ب٣) علاقة تقبل المريض بمستوى الألم:-

- توجد علاقة سالبة دالة عند ٠١ر٠ بين تقبل المريض ومستوى الألم فمما لاشك فيه أنه كلما زاد تقبلنا للمريض ذاته - حالته المرضية - وضعه الشخصى والإجتماعى حال المرض، كلما أحس بذاته وبكيانه، على العكس عندما نتأفف من المريض ، أو يشعر أننا نتمنى موته فتضعف مقاومته ويزداد إحساسه بالألم فكلما زاد تقبلنا للمريض كلما زادت قدرته على المقاومة، وزاد إنتصاره على الألم.

(ب ٤) علاقة الترويح عن المريض بمستوى الألم:

توجد علاقة سالبة دالة عند ٠١ر٠ بين الترويح عن المريض ومستوى الألم.

فالترويح إشباع لحاجة نفسية تتعلق بجلب المتعة والسرور ومقاومة الحزن والاكتئاب، والسرور يبعث الطمأنينة فى النفس ويقوى عوامل اللذة، ويضعف مثيرات الألم.

(ب - ٥) علاقة عيادة المريض (زيارة المريض) بمستوى الألم:

- توجد علاقة سالبة دالة عند ٠١ر٠ بين عيادة المريض ومستوى الألم.

فعيادة المريض: تتضمن الاهتمام والتقبل والتآلف والحب والوفاء والونس الاجتماعى والمشاركة الوجدانية ومحاولة الآخرين إفتداء المريض بأنفسهم، ودمائهم، وأموالهم وراحتهم، وبالتالى يشعر المريض أنه ليس فى مواجهة المرض وحيدا منفرداً، وإنما هو يواجه المرض بكل ماحوله، وكأن الألم الذى يقاسيه قد توزع عليهم جميعاً و شاطروه حمله وبالتالى يقل إحساسه بالألم.

(ب - ٦) علاقة الاهتمام بالمريض بمستوى الألم:-

توجد علاقة سالبة دالة عند ٠١ر٠ بين الاهتمام بالمريض ومستوى الألم.

فمما لاشك فيه أن المريض أحيانا بل وغالبا فى الأمراض السيكوسوماتية مايتخذ من المرض وسيلة بل حيلة لجذب المزيد من الاهتمام والرعاية خاصة المريض بمرض مفض إلى الموت يحس بحاجته لمن يعتنى به كإنسان بنظافته الشخصية، بهندامه، بطعامه وشرابه، بتطبيبه، وتمريضه أى بعلاجه حتى نهاية العمر وبذل كل رخيص وغال فى سبيل علاجه، حكت لى إحدى الحالات أنها كانت تصرخ بأنفاسها الضعيفة تنادى على أى فرد فلا تجد إلاصدى صوتها رغم أنهم جميعاً متواجدون يتسامرون أو يشاهدون التلفزيون، فإذا ماهم أحد الصغار لإجابتها قال لهم الكبار. «لاتسألوا عنها إحنا مش حنلاحق عليها». وإذا أخبرهم الجيران أننا نسمع صوت مريضتكم (فلانه) تنادى ولامجيب قالوا لهم: «هى كده حالتها كده».

وقد كانت الآلام تعتصرها رغم قيام أهلها بإعطائها المسكنات عنوة ليتخلصوا من همومها فالمريض إنسان بحاجة لمن يؤكد إنسانيته بالمزيد من الرعاية والاهتمام، وعندما تقل الرعاية والاهتمام يزداد الألم قسوة وضراوة كصرخة لطلب الاهتمام والمزيد من الاهتمام والرعاية.

(ب - ٧) علاقة الدمج الإجتماعى للمريض بمستوى الألم: -

- توجد علاقة سالبة دالة عند ٠١ر٠ بين الدمج الإجتماعى للمريض ومستوى الألم.

فالمريض إنسان إجتماعى بالطبع لايفقده المرض صفته الإجتماعية بل إن المريض أحوج مايكون للجماعة خاصة مع عجزه عن قضاء حاجاته الشخصية من إخراج وطعام وملبس بنفسه، بل وقد لايتحكم بعضهم فى الإخراج فإذا ماتأفف من حوله منه، أو ضاقوا به ذرعا فأهملوه، أو عزلوه فى حجرة منفصلة ليستريحوا من عنائه، وحتى لايرى أحد حالته فإن أحساسه بالنبذ والإهمال يتزايد، وبالتالى تقل رغبته فى الحياة، ويزداد إحساسه بالألم والمعاناة، أذكر حالة من حالات الدراسة كان أهل هذه الحالة يعزلونه بحجرة منفصلة ينظفونه نهاراً، وينقلونه للعيش معهم، ويعزلونه ليلا بحجرته المنفصلة فكان عندما يهمون بنقله لهذه الحجرة بعد أن يغالبه النوم ما أن يشعر أنه وحيدا بحجرته التى كان يدعوها (قبر المرحوم) إلا وتعلو صيحات صراخه وتألمه الشديد. ولايهدأ من صراخه ومن إحساسه بالألم إلا عندما يعيدوه للعيش وسطهم. فى الونس الإجتماعى. وفى إحدى الحالات الأخرى كان المحيطين بالمريض يتحدثون فى الأمور الأجتماعية للأسرة، بل وفى الأمور الشخصية للمريض: فيقول لهم ماذا تقولون

ماهو الموضوع؟ فيرودون عليه مافيش حاجة مش تشغل بالك، ويضيقون ذرعاً بأسئلته فما كان من سبيل له إلا أن يفجر سكونه بصيحات الألم إعلانا لغضبه عن عزله إجتماعيا حتى فى الجماعة الصغيرة مع أنه مازال حيا وأحد أعضائها من ذوى الحقوق الإجتماعية.

(ب-٨) علاقة المساندة النفسية / الإجتماعية (ككل) للمرضى بمستوى الألم.

توجد علاقة سالبة دالة عند ٠١ر٠ بين المساندة النفسية الإجتماعية للمرضى.

فمما لاشك فيه أن المساندة النفسية / الاجتماعية للمرضى بأبعادها (طمأنة المريض على حالته الصحية). تقوية أمل المريض فى الحياة - (تقبل المريض الترويح عن المريض - عيادة المريض - الدمج الإجتماعى للمريض) تمثل سندا نفسيا/ إجتماعيا يمثل حائط صد مناعى ضد قسوة الألم، ويجعل المريض أكثر قدرة على التسامى فوق الألم، وأكثر مقدرة على مقاومة عذاباته.

نتائج الفرض الثانى ومناقشتها

ينص الفرض الثانى: على أنه «يختلف مستوى الألم لدى المرضى مرتفعى ومنخفضى»:

أ - المساندة النفسية الإجتماعية.

ب - إرادة الحياة.

لصالح مرتفعى المساندة النفسية/ الإجتماعية ومرتفعى إرادة الحياة فى الوضع الأفضل.

جدول (٦) يوضح دلالة الفروق بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى المساندة الإجتماعية فى مستوى الألم ن ١- ن ٢- ٣٢

المساندة النفسية الإجتماعية وأبعاده	مستوى الألم لدى منخفضى المساندة		مستوى الألم لدى مرتفعى المساندة		(ت) ودلالتها
	م	ع	م	ع	
طمأنة المريض على حالته الصحية	٣٠	٤ر٥	٤٣	٧٤ر٧	٨٥ر١٠**
تقوية أمل المريض فى الحياة	٣٣	٦١ر٥	٤٧	٢ر٨	١١ر١١**
تقبل المريض	٣١	٨٩ر٥	٤٤	٩٢ر٧	٨ر٨ **
الترويح عن المريض	٣٢	٧٦ر٥	٤٥	٥٥ر٨	٩٢ر٩ **
عيادة المريض (زيارته)	٣٤	٤٦ر٦	٤٨	٦٤ر٨	٢١ر١٠**
الإهتمام الإجتماعى للمريض	٣١	٥٨ر٥	٤٣	١٣ر٧	٣٤ر١٠**
الدمج الإجتماعى للمريض	٣٥	٦٥ر٥	٤٩	٨٢ر٨	٥٢ر١٠**
المساندة النفسية/ الإجتماعية للمريض	٣٢	٤٤ر٥	٤٥	١ر٩	٥٠ر٩**

* دالة عند ٠٥ر٠ ** دالة عند ٠١ر٠

جدول رقم (٧) يوضح دلالة الفروق بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة الحياة فى مستوى الألم ن١ = ن٢ = ٣٢

إرادة الحياة وأبعادها	مستوى الألم لدى منخفضى المساندة		مستوى الألم لدى مرتفعى المساندة		(ت) ودلالتها
	م	ع	م	ع	
إرادة البقاء	٦٤	٥٢ر١١	٨٩	٦٤ر١٧	٧١ر١٢**
إرادة القوة	٧٤	٥٥ر١٣	٩٢	١ر١٨	٢٧ر٦ **
إرادة المقاومة	٧١	٦٤ر١٣	٩٥	٧ر١٨	١٩ر٨ **
إرادة الأمل	٦٨	٩٢ر١٢	٩٦	٣ر١٨	٨٤ر٩ **
إرادة الإستمتاع بالحياة	٧٢	١ر١٤	٩٤	٨ر١٨	٣٨ر٧**
إرادة الحياة	٦٩	٤١ر١٢	٩٥	٩ر١٧	٤ر٩**

* دالة عنده ٠,٠ ** دالة عند ٠,٠١

مناقشة نتائج الفرض الثانى (أ) :

دلالة الفروق بين مرتفعى ومنخفضى المساندة النفسية/الاجتماعية فى مستوى الألم.

يتضح من الجدول رقم (٦) أن:

(أ-١) دلالة الفروق بين المرضى مرتفعى ومنخفضى الطمأنه على الحالة الصحية فى مستوى الألم:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند ١ .ر. بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى الطمأنة على الحالة الصحية فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى الطمأنة على الحالة الصحية فى الوضع الأفضل.

فمما لاشك فيه أن الطمأنه على الحالة الصحية تقوى مقدرة المريض على تحمل الألم وبالتالى كلما إرتفع مستوى الطمأنه على الحالة الصحية كلما إنخفض مستوى الألم.

(أ - ٢) دلالة الفروق بين المرضى مرتفعى ومنخفضى تقوية الأمل فى الحياة فى مستوى الألم:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية داله عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى تقوية الأمل فى الحياة فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى تقوية الأمل. فتقوية أمل المريض فى الحياة يدعم رغبته فى البقاء تقوى عزائمة فى مجابهة الألم.

(أ - ٣) دلالة الفروق بين المرضى مرتفعى ومنخفضى التقبل فى مستوى الألم:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية داله عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى التقبل فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى التقبل فى الوضع الأفضل.

وذلك لأن مرتفعى التقبل يشعرون بالتقبل الذاتى، وتقبل الآخرين بشكل ينعكس على تقبلهم لذاتهم الجسمية بأمراضها وعللها مما يساعدهم على التعايش مع آلام المرض وتحملها بدرجة تفوق أقرانهم منخفضى التقبل.

(أ - ٤) دلالة الفروق بين المرضى مرتفعى ومنخفضى الترويح فى مستوى الألم:

- توجد فروق ذات دالة إحصائية عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى الترويح فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى الترويح فى الوضع الأفضل.

وذلك لأن الترويح فيه إستمتاع باللذة الحياتية ومحاولة لتجنب الألم، كما أن الترويح متعة ترفع الروح المعنوية للمريض، وتجدد طاقاته وبالتالى يتناقص إحساسه بالألم.

(أ - ٥) دلالة الفروق بين المرضى مرتفعى ومنخفضى الزيارات (زيارة المريض) فى مستوى الألم.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى (زيارة المريض) فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى (الزيارات) فى الوضع الأفضل.

وذلك لأن الزيارات بما تحققه من ونس نفسى وترابط إجتماعى وإجترار للذكريات، وشعور بالحياة بشكل طبيعى تقوى وتشد من عزائم المرضى فى مواجهة الألم.

(أ - ٦) دلالة الفروق بين المرضى مرتفعى ومنخفضى الإهتمام بالمريض والسؤال عنه فى مستوى الألم:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى الاهتمام بالمريض والسؤال عنه فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى الاهتمام بالمريض والسؤال عنه فى الوضع الأفضل.

وذلك لأن الإهتمام يعنى التقبل والمرغوبية الإجتماعية، كما أن السؤال عن المريض يعنى الأهمية والمكانة الاجتماعية والمحبة التى يتمتع بها المريض فى قلوب الناس وبالتالى يزداد رغبة فى الحياة وإقبالا عليها مما يقلل إحساسه بالألم.

(أ - ٧) دلالة الفروق بين المرضى مرتفعى ومنخفضى الدمج الاجتماعى فى مستوى الألم:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى الدمج الإجتماعى فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى ومنخفضى الدمج الإجتماعى فى الوضع الأفضل.

وذلك لأن الدمج الاجتماعى للمريض يعنى عدم إشعاره بالعزلة الإجتماعية بل إشعاره بالتواجد والفاعلية والمشاركة الإجتماعية بدمجه فى الحياة العادية والحياة العامة مما يشعره بالفاعلية الإجتماعية بشكل يقوى إرادته الإجتماعية ويدعم كيانه النفسى فى مواجهة الألم.

(أ - ٨) دلالة الفروق بين المرضى مرتفعى ومنخفضى المساندة النفسية/ الاجتماعية (ككل) فى مستوى الألم:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى المساندة النفسية/ الاجتماعية فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى المساندة النفسية/ الإجتماعية فى الوضع الأفضل.

وذلك لأن المساندة النفسية/ الاجتماعية بما تتضمنه من طمأنة للمريض على صحته، وتقوية أمله فى الحياة، وتقبله، والترويح عنه، وزيارته، والاهتمام به والسؤال عنه، ودمجه فى الحياة العامة يقوى إرادته ويدعمه فى مواجهه الألم.

نتائج الفرض الثانى (ب)

دلالة الفروق بين متوسطى درجات مرتفعى ومنخفضى إرادة الحياة فى مستوى الألم

يتضح من الجدول رقم (٧):

(ب - ١) دلالة الفروق بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة البقاء فى مستوى الألم:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة البقاء فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى إرادة البقاء فى الوضع الأفضل.

وذلك لأن المرضى مرتفعى إرادة البقاء يتمتعون برغبة شديدة فى الحياة تدعم مقدرتهم على تحمل تبعات وآلام المرض بدرجة تفوق أقرانهم منخفضى إرادة البقاء.

(ب - ٢) دلالة الفروق بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة القوة فى مستوى الألم:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة القوة فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى إرادة القوة فى الوضع الأفضل.

وذلك لأن المرضى مرتفعى إرادة القوة تتدعم مقدرتهم بقوة إرادتهم، وإرادة قوتهم على تحمل آلام المرض بشكل يجعلهم أقدر على تثبيط الألم وكبته عن أقرانهم منخفضى إرادة القوة.

(ب - ٣) دلالة الفروق بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة المقاومة فى مستوى الألم:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة المقاومة فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى إرادة المقاومة فى الوضع الأفضل.

وذلك لأن المرضى مرتفعى إرادة المقاومة يكونون أكثر قدرة على مقاومة آلام المرض عن أقرانهم منخفضى إرادة المقاومة فهم كما يقول المثل: (يحملون ما يعجزو عن حمله الجبال)، أو كما يقول العامة (يحملون حمل جمل).

(ب - ٤) دلالة الفروق بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة الأمل فى مستوى الألم.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية دالة ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة الأمل فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى إرادة الأمل. حيث أن إرتفاع الأمل يعكس نظرة تفاؤلية تبدد اليأس والاكتئاب الذى يزيد من حدة الألم وقسوته، وبالتالى يواجه المريض الألم بتفاؤل وأمل فى الشفاء والانتصار على المرض بدرجة تفوق أقرانه منخفضى إرادة الأمل.

(ب - ٥) دلالة الفروق بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة الاستمتاع بالحياة فى مستوى الألم.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية داله عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة الاستمتاع بالحياة فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى إرادة الاستمتاع بالحياة فى الوضع الأفضل.

وذلك لأن مرتفعى إرادة الاستمتاع بالحياة نجدهم أحرص الناس على الحياة وأكثرهم تفاؤلا وإقبالا على الحياة بما يساعدهم على تجنب آلام الحياة والتمتع بطيباتها بشكل يجعلهم أقدر من غيرهم منخفضى إرادة الاستمتاع بالحياة على التغلب على الألم.

(ب - ٦) دلالة الفروق متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة الحياة (ككل) فى مستوى الألم.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية داله عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة الحياة (ككل) فى مستوى الألم لصالح المرضى مرتفعى إرادة الحياة فى الوضع الأفضل.

وذلك لأن إرتفاع مستوى إرادة الحياة بما يتضمنه من إرتفاع مستوى إرادة البقاء - إرادة القوة - إرادة المقاومة - إرادة الأمل - إرادة الاستمتاع بالحياة.

يعنى شخصية قوية الإرادة بشكل مرتفع يمكنها من تحدى صعوبات الحياة والألم المرضى بمقدرة تفوق مقدرة منخفضى إرادة الحياة.

نتائج الفرض الثالث ومناقشاتها

ينص الفرض الثالث على أنه تختلف إرادة الحياة، ومستوى الألم لدى المرضى باختلاف الجنس.

جدول رقم (٨)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطى درجات الاناث والذكور فى (أ) إرادة الحياة

ن ١ = ن ٢ = ٦٠

إرادة الحياة	الاناث		الذكور		(ت) ودلالتها
	م	ع	م	ع	
إرادة البقاء	٩٦	١٧ر٢	٩٣ر٥	١٨ر٧	١ر٠٧
إرادة القوة	٩١	١٦ر٦	٩٧	١٧ر٤	٢ر٧١ **
إرادة المقاومة	٩٢	١٥ر٤	٩٨	٢٠ر٦	٢ر٢٨ *
إرادة الأمل	٩٥	٢٠ر٩	٩١	١٧ر٨	١ر٥٨
إرادة الإستمتاع بالحياة	٩٤ر٥	١٩ر٨	٩٠	١٦ر٩	١ر٦٧
إرادة الحياة (ككل)	٤٦٨ر٥	٧٩ر٤	٤٦٩ر٥	٨٤ر٢	٠ر٩٤

* دالة عند ٠٥ر٠ ** دالة عند ٠١ر٠

مناقشة نتائج الفرض الثالث (أ)

مدى إختلاف إرادة الحياة لدى المرضى باختلاف الجنس يتضح من الجدول رقم (٨).

(أ - ١) دلالة الفروق بين متوسطى درجات الاناث والذكور المرضى فى إرادة البقاء:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات الإناث والذكور فى إرادة البقاء. فغريزة البقاء أقوى الغرائز لدى الكائنات الحية على إختلاف أنواعها وأجناسها والحياة هى قصة مجسدة للصراع من أجل البقاء، فالتمسك بالبقاء أمر طبيعى لدى الكائنات لذا لا توجد فروق دالة احصائيا بين الإناث والذكور.

(أ - ٢) دلالة الفروق بين متوسطى درجات الاناث والذكور المرضى فى إرادة القوة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات الاناث والذكور المرضى لصالح الذكور فى الوضع الأفضل، فالتربية العربية والتنشئة الاجتماعية فى منطقتنا تدعم (التربية الذكرية) والتأكيد على أن الذكورة تعنى الرجولة والرجولة تعنى القوة، بينما الأنوثة تعنى الرقة والنعومة بشكل يدعم الضعف الانسانى فى الاناث.

لذا توجد فروق دالة إحصائياً عند ٠١ر٠ بين متوسطى درجات الاناث والذكور فى إرادة القوة لصالح الذكور.

(أ - ٣) دلالة الفروق بين متوسطى درجات الإناث والذكور المرضى فى إرادة المقاومة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند ٠٥ر٠ بين متوسطى درجات الاناث والذكور المرضى فى إرادة المقاومة لصالح الذكور فى الوضع الأفضل، وذلك لأن الرجال ربوا أو هكذا يريد منهم المجتمع أن يكونوا أكثر خشونة، وأقدر على تحمل مصاعب الحياة وآلامها، وأقدر على المقاومة والنضال الإيجابى فالمقاومة رد فعل إيجابى قوى، ولا معنى لمن يحتج بأن المرأة صامدة صابرة (أم الصابرين) فالصبر ليس مقاومة وإنما إستسلام سلبى، وهذا ليس راجعاً لقصور فى قدرات المرأة بقدر ما هو راجع لعوامل تنشئة الفتاة فى المنطقة العربية.

(أ - ٤) دلالة الفروق بين متوسطى درجات الإناث والذكور المرضى فى إرادة الأمل:

لا توجد فروق ذات إحصائية بين متوسطى درجات الإناث والذكور المرضى فى إرادة الأمل:

فالأمل واليأس قسمة مشتركة بين الناس على إختلاف أجناسهم وأنواعهم ولكل منهم نصيب بحسب تكوينه النفسى وظروفهم الحياتية بصرف النظر عن نوع الجنس ذكراً كان أم أنثى.

(أ - ٥) دلالة الفروق بين متوسطى درجات الإناث والذكور المرضى فى إرادة الإستمتاع بالحياة:

لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى دجات الإناث والذكور المرضى فى إرادة الإستمتاع بالحياة فالإستمتاع بالحياة حاجة مشتركة بين بنى البشر وإرادة الإستمتاع رغبة عامة، بل وحق مكفول لبنى البشر جميعاً فى إطار قدراتهم وإمكاناتهم بصرف النظر عن أجناسهم وأنواعهم ذكوراً كانوا أم إناثاً.

(أ - ٦) دلالة الفروق بين متوسطى درجات الإناث والذكور المرضى فى إرادة الحياة (ككل):

لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجة الإناث والذكور المرضى فى إرادة الحياة.

وذلك لأن الحياة رغبة وأمل وكفاح وعمل، وبنى البشر على إختلاف أجناسهم وأنواعهم أمامهم الحياة مفتوحة لمن أراد أن يتعايش معها بصرف النظر عن جنسه ذكراً كان أو أنثى.

جدول رقم (٩)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطى درجات الاناث والذكور فى (ب) مستوى الألم ١ = ن ٢ = ٦٠

الاناث		الذكور		(ت) ودلالتها
م	ع	م	ع	
٥ر٤٢	٧ر٨	٨ر٤٠	٩ر٧	٥٧ر١

* دالة عند ٠٥ر٠ ** دالة عند ٠١ر٠

مناقشة نتائج الفرض الثالث (ب)

يتضح من الجدول رقم (٩): أنه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات الإناث والذكور فى مستوى الألم.

فالألم خبرة إنسانية يواجهها الفرد وحيداً ويحس بها وحده، وإن كانت مساندة الآخرين له تقويه على مقاومة الألم الا أن الألم يظل تجربة فردية بصرف النظر عن المتأثر بها ذكراً كان أم أنثى لذا لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطى درجات الإناث والذكور فى مستوى الألم.

الدراسة الكلينيكية

نقبل على التساؤل الرابع:

ما أهم الجوانب الشخصية والإجتماعية لدى المرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة الحياة؟

تجيب على هذا التساؤل الدراسة الكلينيكية.

وتحقق الفرض الرابع: للمرضى مرتفعى ومنخفضى إرادة الحياة جوانب شخصية وإجتماعية متباينة.

عينة الدراسة الكلينيكية:

حالتان من المصابين بمرض السرطان

أدوات الدراسة الكلينيكية:

١ - السيرة الذاتية.

٢ - المقابلة الكلينيكية.

٣ - الملاحظة المقننة.

١ - **السيرة الذاتية**: سيرة الشخص الذاتية كما عبرت عنها الحالة شخصيا هى وأقرب المحيطين بها، وقام الباحث بتدوينها وتضمنت:

١ - تاريخ الحياة.

٢ - الإهتمامات والميول.

٣ - الصعوبات والضغوط الحياتية.

٤ - القيم ومستوى التدين.

٥ - أسلوب التفاعل مع الحياة.

٦ - خبرات النجاح والفشل فى المجالات الحياتية المختلفة (الدراسة - العمل - الزواج ... الخ.)

٧ - أزمة المرض والموقف النفسى للمريض ومدى دعم الآخرين له. (مع ترك الحرية لكل مريض أن يعبر بحرية عن ذاته).

٢ - **المقابلة الكلينيكية المقننة**: تهدف إلى الكشف عن العمليات اللاشعورية لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت، وأهمها:

الإتجاه نحو المرض - تقبل المريض لذاته - تقبل الآخرين للمريض وتقبل المريض للآخرين - الإتجاه نحو الحياة - الإتجاه نحو الموت - مكبوتات المريض كما تظهرها أحلامه وفلتات لسانه.

٣ - **الملاحظة المقننة**: هدفت للتحقق من موقف المريض النفسى فى حالات: المساندة النفسية/ الإجتماعية. (الزيارة - الترويح ... الخ) حالات الألم العضوى.

وقد إستخدم الباحث طريقة تحليل المضمون فى تحليل السيرة الذاتية، والمقابلة الكلينيكية - الملاحظة المقننة وتدعيم هذا التحليل: بالإنطباعات الخبرية للباحث فى كل من المقابلة الكلينيكية والملاحظة المقننة.

تم حساب ثبات تحليل المضمون للسيرة الذاتية - المقابلة الكلينيكية - الملاحظة المقننة عن طريق حساب نسب الإتفاق بين المحللين، وقد تراوحت نسب الإتفاق على بنود المضامين بين ٨٤٪، ٩١٪.

أولاً: الحالة الأولى: (ذات إرادة حياة مرتفعة)

النوع: ذكر .

العمر: ٦٧ عاماً.

الحالة الإجتماعية: متزوج ويعول.

العمل: ملاحظ عمال بالمعاش.

شريكة العمر: موجودة

الحالة الإقتصادية: متوسطة.

نوع المرض: سرطان المثانة.

درجاته على مقياس إرادة الحياة كالتالى:

(إرادة البقاء ١٠٤، إرادة القوة ١٠٢، إرادة المقاومة ٩٧، إرادة الأمل ٩٣، إرادة الإستمتاع بالحياة ٩١).

درجاته على مقياس الألم = ٢٧.

أهم العوامل الرئيسية الذاتية ودلالتها السيكولوجية:

فى الطفولة:

١ ـ اليتم (بوفاة الأم) وآثاره السلبية على البناء النفسى.

٢ ـ التعاطف الوجدانى من الأهل وأثره الإيجابى على تعويض حنان الأم وضعف تأثير اليتم.

٣ ـ النشأة والتكوين الدينى، وأثره الإيجابى فى البناء القيمى.

٤ـ التعليم: حفظ القرآن الكريم والأحاديث النبوية وأثره الإيجابى فى تدعيم الوعى الدينى.

فى المراهقة والشباب: ١ ـ الخروج من التعليم وعدم إستكماله وأثره السلبى على طموحاته.

٢ ـ وفاة الوالد وإستكمال حلقات اليتم، وأثره السلبى على فقد السند.

٣ ـ دفع الأخ الأكبر بالحالة لسوق العمل مبكراً وأثره الإيجابى عن التحمل المبكر للمسئولية، والسلبى على الحرمان من متعة المراهقة.

٤ ـ الزواج المبكر وأثره على العفة والطهارة.

الكهولة والشيخوخة:

١ ـ عقم الزوجة الأولى وأثره الإيجابى على الصبر على الحرمان.

٢ ـ طمع الأهل فى أموال الحالة خاصة مع عدم الإنجاب وشعوره بعدم الوفاء وخيبة الأمل فى السند.

٣ ـ وفاة الزوجة العقيم وشعوره بالفقد وتعوده الصبر.

٤ ـ الزواج بأخرى والإنجاب منها ذكوراً وإناثا وفرحة العمر.

٥ ـ نجاح الأبناء وتبوأهم مراكز مرموقة وإرتفاع الصحة النفسية للحالة لتحقيق الطموحات التى عجز عن تحقيقها.

٦ ـ الحج لبيت الله الحرام وإستكمال أركان الإسلام وأثره على تحقيق الشعور بالرضا عن الذات و السعادة بإستكمال أركان الإسلام.

٧ ـ المرض المفاجىء والرضا بالإختبار التطهيرى ليلقى ربه وهو عنه راض.

ـ **الإهتمامات والميول:** قراءة القرآن الكريم والقصص الدينى ومجالسة علماء الدين، وملازمة المساجد والمساهمة فى أعمارها، وأثر ذلك على تحقيق الإطمئنان والصفاء الروحى.

ـ **الصعوبات والضغوط الحياتية:** اليتم المبكر ـ الحرمان من التعليم رغم مقدرته العقلية ـ عقم الزوجة الأولى ـ التحمل المبكر لأعباء الحياة ـ العناء المستمر والشقاء فى سبيل لقمة العيش، وأثر ذلك على تقوية بناءه النفسى، وإضعاف جهاز المناعة لديه.

ـ **القيم ومستوى التدين:** التمسك بالقيم الدينية كدليل ومرشد فى كل أنماط القيم الأخرى (تغليف جميع القيم بغلاف دينى) ـ المسالمة ـ الطيبة ـ إرتفاع مستوى التدين وأثر ذلك فى تحقيق الأمن النفسى.

ـ **أسلوب التفاعل مع الحياة:** التوكل على الله مع الأخذ بالأسباب والتعايش مع الحياة برضا وقبول فى كل الأحوال مع التعا رك بشرف مع صعوبات الحياة وأثر ذلك على إقباله على الحياة وحبه لها.

ـ **خبرات النجاح والفشل فى الدراسة:** الحرمان المبكر قسرا من التعليم.

ـ **فى العمل:** صعوبات الحصول على العمل المناسب، والرضا بعمل شاق ـ الفشل فى الزواج الأول الذى إستمر ثمانية عشر عاما دون إنجاب من زوجة عقيمة، بالإضافة لأنها كانت سليطة اللسان لا ترحم.

ـ **النجاح فى الزواج الثانى** بعد وفاة الزوجة الأولى، والنجاح فى التوافق الزواجى وإنجاب الأبناء البررة، ونجاح الأبناء وتبوأهم مناصب مرموقة.

ـ النجاح فى كسب حب الناس، والإخلاص لله، وحسن عبادته.

وأثر هذه الخبرات المتناقضة على دعم البناء النفسى فى مواجهة الشدائد.

ـ خبرة المرض، ومدى الدعم الذى حظى به المريض: كان المرض الأول والأخير فى حياته، فما قبل ذلك وعكات خفيفة لم يذهب فيها لطبيب، وما بعد ذلك كان الموت داهمه المرض الخبيث نتيجة اصابته بالبلهارسيا المزمنة.

لقى ألوانا من الدعم تمثلت فى: العلاج الطبى المكثف فى مستشفى خاص، وفى المنزل برعاية طبيب زائر، ولقى دعما

نفسيا/ إجتماعيا تمثل فى الإهتمام، والتقبل، والطمأنه على الصحة، والترويح، والدمج الإجتماعى.

ـ الموقف النفسى للمريض: غالبا كان يعيش حالة رضا نفسى، حتى أنه عندما يتألم كان بدلا من أن يقول (أه)، يقول (الله)، وكان يقضى ليله بالأذكار والأوتار، وقراءة القرآن، والأوراد، والتهجد وأثر ذلك على دعمه نفسياً.

أهم المعالم الرئيسية فى المقابلة الكلينيكية ودلالتها السيكولوجية:

ـ الإتجاه نحو المرض: التقبل (رضا بالقدر المكتوب) كما قال: «كل جثه بتدفع زكاها».

ـ تقبل المريض لذاته: المريض متقبل لذاته خاصة ذاته الجسدية رغم ما ألت إليه ورغم أنه كان أحيانا يقول (فينك يا أبو.... ويصمت)، وكان يحاول الإعتماد على ذاته ما أمكن فى قضاء حاجياته الشخصية.

وأثر ذلك: على تقبله لمرضه وحمايته من الاكتئاب.

ـ تقبل المريض للآخرين وتقبل الآخرين له: إتسع صدر المريض لكل الناس حبا، (وحبه طوب الأرض كما يقولون)، لما عهدوه عنده من طيبة ووداعة. وأثر ذلك على إشعاره بالمرغوبية الإجتماعية.

ـ الإتجاه نحو الحياة: الإقبال على الحياة برضا: «اعمل لدنياك كأنك تعيش أبدا، واعمل لأخرتك كأنك تموت غدا».

وأثر ذلك: على تخفيف قلق الموت لديه.

ـ الإتجاه نحو الموت: التقبل القدرى: كان دائما يكرر المثل القائل: (حب يا بن أدم زى ما تحب مسيرك مفارق)، والحكمة القائلة (عيش فى الدنيا كأنك غريب أو عابر سبيل).

واثر ذلك على تخفيف الهلع والفزع الذى يعترى مرضى السرطان ولما يسببه مجرد ذكر اسم هذا المرض من خوف وفزع لدى الجميع.

مكبوتات المريض:

المخاوف: الخوف من الحساب يوم القيامة (لو كانت أحدى قدماى فى الجنة لا آمن مكر الله)، وهذا يدل على شدة الخوف من الله.

الأحلام: الحلم الذى تكرر: أنه قد عاد إلى أرض الحجاز ومات ودفن بالبقيع. وهذا يدل على مدى حبه لرسول الله.

أهم المعالم الرئيسية للملاحظة المقننة ودلالتها السيكولوجية:

* المريض يلقى مساندة نفسية/ إجتماعية جيدة تؤثر على إرادة الحياة لديه.

* المريض إجتماعى بشوش يبتسم فى أشد حالات المرض، وهذا يدل على تفاؤله.

* تنتاب المريض حالات وجد يذكر فيها الله بصوت عال يدل على الإستغاثة والرجاء، ويقوى إرادة الأمل لديه.

* المريض صبور يعض على ما تبقى لديه من أسنان عند تألمه ويصيح بالله بدلا من آه، وهذا يخفف من آلامه، ويشعره بإرادة المقاومة.

* يتمتع المريض بحب شديد لذويه حتى أنه يحاول إخفاء آلامه ما أمكنه عنهم.

* يميل المريض للإستقلالية والإعتماد على الذات بما يشعره بإرادة القوة.

* العبادة وطاعة الله شغله الشاغل بما يحقق له الرضا والإستمتاع.

* يدمج المريض نفسه إجتماعيا فى كل الأحداث الأسرية، والقومية ويسأل عن الأخبار العالمية، بما يقوى إرادة الحياة لديه.

* المريض مقبل على الحياة غير خائف من الموت.

* تنتاب المريض بعض حالات الأسى على أى لحظة ضاعت فى غير طاعة الله.

التعليق على الحالة:

هناك محددات بارزة أثرت فى الحياة النفسية/ الإجتماعية للحالة وهى:

ـ اليتم المبكر ـ النشأة الدينية ـ حفظ القرآن الكريم ـ مجالسة علماء الدين ـ التحمل المبكر للمسئولية ـ عقم الزوجة الأولى ـ النجاح فى الزواج الثانى والإنجاب ـ نجاح الأبناء وتبوأهم

مراكز مرموقة - الحج لبيت الله الحرام - المساندة النفسية/ الإجتماعية والتمتع بحب الناس قبل وأثناء المرض.

وقد أدى ذلك إلى تمتع الحالة بالرضا الذاتى الذى انعكس على إرتفاع مستوى إرادة الحياة لديه وبالتالى تخفيف مشاعر الألم والشعور بالرضا والاطمئنان، والتغلب على عوامل الخوف والقلق.

ثانيا: الحالة الثانية: (ذات إرادة حياة منخفضة)

- النوع: ذكر
- العمر: ٤٨ عاماً.
- الحالة الإجتماعية: مطلق.
- العمل: بائع خضر بسيط.
- الحالة الإقتصادية: أقل من متوسطة.
- نوع المرض: سرطان المثانة.
- درجاته على مقياس إرادة الحياة كالتالى:

(إرادة البقاء ٥٥، إرادة القوة ٦٢، إرادة الحياة ٦٢، إرادة المقاومة ٤٨، إرادة الأمل ٤٤، إرادة الإستمتاع بالحياة ٥١).

درجاته على مقياس الألم = ٤٨.

أهم المعالم الرئيسية فى السيرة الذاتية ودلالتها السيكولوجية:

فى الطفولة: ١- معاناة خبرة إنفصال الوالدين بالطلاق أب سكير عربيد، وأم عنيدة قاسية. أثر ذلك على تصدع البناء النفسى للحالة فى سن مبكرة.

التربى فى أحضان زوج الأم مع أبناء زوجته المتوفاه: وإتباع هذا الزوج لأسلوب التفرقة والتفضيل فى معاملته لهذه الحالة وتفضيل أبناءه عليه، وأثر ذلك على شعوره بالإضطهاد وتنمية الحقد والكراهية والحسد لديه.

ممارسة التدخين وشرب الجوزة تقليدا لزوج الأم وشلته وأثر ذلك على إتجاهه الموجب نحو الإدمان فيما بعد.

التعرض لخبرة تشغيل الأحداث فى عمر الزهور، فقد قام زوج أمه بتشغيله صبى بمقهى بلدى (غرزة) وأثر ذلك فى تعرضه لخبرات قاسية من الإذلال،، والعقاب البدنى العنيف من صاحب (الغرزة)، والتهتك الخلقى، وتقديم النماذج الإنحلالية لديه، وإكسابه الكثير من اللا أخلاقيات كالكذب، والسرقة، وسب الدين.

فى المراهقة والشباب: الإنضمام لعصابة لسرقة المواشى بقريته، وتعرضه لخبرة السجن لمدة ثلاث سنوات.

وأثر خبرة السجن على رفضه لذاته، ورفض الآخرين له، تدعيم الانحراف لديه، شعوره بالإنحطاط والضياع.

- إدمان المخدرات: وأثر ذلك على إحتياجه الدائم والشديد للمال ومحاولته الحصول عليه من أى مصدر
- عدم قدرته على تكوين أسرة: وأثر ذلك على عدم شعوره بالإستقرار والإنتماء.

فى الكهولة: الزواج بأكثر من إمرأة من نساء الشوارع. وإنفصاله عنهن وأثر ذلك: فى تحطم البناء العاطفى لديه.

- العمل (كمحلل) للنساء التى بلغ طلاقهن ثلاث واعتبار ذلك وسيلة للكسب السريع خاصة وقد شاع عنه ذلك مع عدم قدرته على الإنجاب مما أعطى الثقة لراغبى التحليل فى إسناد هذه المهمة لديه لإطمئنانهم على عدم قدرته للإنجاب.

وأثر ذلك على مشاعره المتناقضة بين مشاعر العظمة (البارانويا) عند ممارسته عمل (المحلل) وذلك لشعوره بأحتياج الأخرين إليه ومشاعر (الدونية) عندما يلقون له بدراهم معدودة، ولقيمات يسد بها رمقه نظير تطليق من زوجوه إياها بالأمس.

- المرض وآثاره السلبية. وإنصراف الناس عن الإلتجاء اليه فى عملية التحليل، وأثر ذلك على تدعيم مشاعر العجز لديه وإنقطاع مورد رزقه الوفير،وتدهور مفهوم الذات الجسمية لديه.

أهم المعالم الرئيسية فى المقابلة الكلينيكية ودلالتها السيكولوجية:

- الإتجاه نحو المرض: الرفض والسخط والتبرم.

وأثر ذلك على: الإحساس بوطأة المرض، والضيق والكآبة والدعوة بدعوى الجاهلية وقول الكفر أثناء المرض.

● تقبل المريض لذاته: رفض المريض لذاته وكراهيته لها.
وأثر ذلك على ضعف إرادة الحياة لديه.

● تقبل الآخرين للمريض: المريض غير متقبل من الآخرين حال صحته، وقد زاد رفضهم له بعد مرضه وعدم حاجة البعض إليه كمحلل.

وأثر ذلك على شعوره بالإغتراب والوحشة والوحدة النفسية.

● الإتجاه نحو الحياة: الرفض والكراهية، والضيق بالحياة والسخط والتبرم بها.
وأثر ذلك على إضعاف إرادة البقاء، وإرادة الأمل، وإرادة الإستمتاع بالحياة بشكل يؤثر سلبا على إرادة القوة، وإرادة المقاومة، وبالتالى تضعف إرادة الحياة وتزداد الرغبة فى الخلاص منها.

● الإتجاه نحو الموت: إتجاه الخوف والهلع، والقلق والفزع والرعب رغم أنه فى نظر الحالة الحل المنتظر وأثر ذلك على: إرتفاع مستوى قلق الموت لديه.

● المخاوف:- «الخوف مش من الموت ياعم، الخوف مما بعد الموت يظهر الواحد أخرته هتبأه سودة، وزى الزفت، كمان أنا خايف ربنا يفضحنى، وألسن بالعمايل السودة اللى عملتها أيام الشقاوة وأنفضح دى تبأة خيبة فى الدنيا وفى الأخرة، بهذه العبارات نطقت الحالة.
وأثر ذلك على قلقه الدائم وعصبيته شديدة.

● الأحلام: الحلم الذى تكرر: أنه يحلم بأنه يرى أشباحا غليظة تطارده، وهو يجرى أمامها، حتى يقع فى مصرف مياهه شحيحة مليء بالطين والأوساخ، وكلما حاول الخروج تسقطه هذه الأشباح فى تلك المياه الآسنة والطين العفن، وكلما هم بمسح القاذورات عن نفسه إزداد إتساخا حتى يكاد يشرف على الموت فيصرخ ويفزع ويستيقظ من نومه مكتئباً.

وهذا يدل على: مشاعر الذنب، والشعور بعدم الطهارة، والغرق فى الخطايا حتى حافة الموت، وما ينتظره من عذاب ومشقة بعد الموت.

أهم المعالم الرئيسية للملاحظة المقننة ودلالتها السيكولوجية:

تكررت زيارات الباحث لهذه الحالة بإعتبار الباحث أحد أعضاء جمعية أهلية تهتم بمثل هذه الحالات وقد لاحظ الباحث أن:

● الحالة متكورة فوق حصير بأرض دكان فى غاية التواضع، وبجوارها العربة التى كان يبيع عليها الخضر وبجواره بعض من بقايا طعام بسيط فهذا الدكان الإيجار هو نصيبه من الحياة.

● الحالة لا تلقى أى سند أو عون منظم ودائم، فالمستشفى العام قد أخرجه لطول إقامته، ولا أحد يهتم بشئونه سوى فاعلى الخير، وإبنة وحيدة لأخته من أمه تمر عليه كلما سمحت ظروفها المعيشية فهى تعمل خادمة، أما أخوه المقيم بعزبة على بعد ٦٥ كليو متر والذى يعمل بها خفيرا خصوصياً عند أحد الملاك فقلما يزوره، وهو معذور على حد تعبيره كما أخبر الباحث فى المرة الوحيدة التى التقى فيها به الباحث أى أن الحالة: تفتقد للسند والمساندة النفسية/ الإجتماعية، فلا أبناء ولا زوجة ولا رعاية أهل.

● الحالة: تعانى الإكتئاب واليأس.

● تنتاب الحالة حالات ثورة وسخط وتبرم.

● عندما ينتاب الحالة أى ألم يكون اللعن والسب والدعوى بدعوى الجاهلية.

● رغم المرض الشديد فإن الحالة تحرص على شرب الجوزة حتى بما يجود به عليها فاعلى الخير «إديني أكركر إياك نفسى يخلص وأرتاح».

● تنتاب المريض حالات هستيرية من البكاء تارة والضحك تارة أخرى.

● الحالة دائمة الصراخ فإذا ما دنا منه أحد أو زاره هدأ.

● المريض متناقض فى مشاعره تارة يمجد فى الحياة، وتارة أخرى يبصق عليها.

● يعانى المريض من إهمال نظافته الشخصية ونظافة موضع نومه.

التعليق على الحالة:

تجمعت عدة عوامل شكلت التصدع النفسى والإنهيار الأخلاقى للحالة تمثلت فى:

- فساد المناخ الأسرى الذى نشأ بين أحضانه.
- فساد أساليب التنشئة الإجتماعية.
- الجهل والحرمان من أى خبرة تعليمية.
- إكتساب عادات سالبة فى سن مبكرة (تدخين الجوزة).
- الحرمان من الإستمتاع بالطفولة بالعمل المبكر أثناءها.
- التعرض لخبرة السجن وما لحقه من آثار فى سن الشباب.
- العقم والزواج بأكثر من إمرأة سيئة والانفصال عنهن.
- العمل (كمحلل للزوجات) وأثر ذلك على تناقض مشاعره واحتقاره لذاته، وإحتقار الآخرين له.
- ضعف الوازع الدينى، وعدم إقامة الشعائر، وسب الدين مع ضعف البناء الأخلاقى، وما ترتب على ذلك من إفتقاره للأمن النفسى، وكراهية الناس له وإنصرافهم عنه، وتعاظم مشاعر الذنب لديه فى أيامه الأخيرة، وشعوره بعدم الطهارة «عمرى ما اتوضيت، ولا ركعتها مش عارف هأعمل إيه فى الآخرة».
- فقدانه للمساندة حتى الذين يعطفون عليه بمضض وكراهية بل والبعض فرحين لمرضه شامتين فيه ممن أذاهم بسليط لسانه وسيئ فعاله.

كل هذه العوامل أدت بالحالة إلى عدم رضاها عن أى شئ وبالتالى ضعف إرادة الحياة لديها.

من إستعراض الحالتين السابقتين يتضح أن:

معظم مرتفعى إرادة الحياة:

- من أصول إجتماعية متوسطة.
- يعيشون مناخاً أسريا صحيحاً.
- البناء القيمى لديهم صحى وإيجابى.
- قوة المعتقد الدينى، والممارسة الصحيحة لشعائر الدين مع قوة الوازع الدينى.
- دربوا منذ الصغر على تحمل المسئولية ومواجهة الصعاب.
- يشيع بينهم التفاؤل المدعم باليقين المطلق فى قدرة الله.
- يغلب عليهم الإعتدال والتعقل والروية.
- يتميزون بالثبات الانفعالى والأمن النفسى.
- يعتمدون على التوازن فى إشباع حاجاتهم وفق ما شرع الله.
- يؤمنون بالغيب، ويتقبلون القدر برضا وإمتثال.

معظم منخفضى إرادة الحياة:

- من أصول إجتماعية منخفضة.
- يعيشون مناخا أسريا فاسداً.
- يضطرب البناء القيمى لديهم بشكل سلبى ويغلب عليه الجانب المادى.
- ضعف العقيدة، وعدم ممارسة الشعائر مع ضعف الوازع الدينى.
- بوهيميين فى إشباع رغباتهم.
- يشيع بينهم اليأس.
- يغلب عليهم الإندفاع والتهور.
- يسود بينهم الإنحلال والتدهور الخلقى.
- يفتقرون للأمن النفسى.
- يغلب عليهم الإضطراب والقلق والفزع النفسى.

التوصيات والتطبيقات النفسية:

أولاً: بالنسبة للمساندة النفسية/ الإجتماعية للمرضى:

١ ـ الإهتمام بالخدمة النفسية/الاجتماعية للمرضى باعتبارها الجناح الثانى للخدمة الطبية.

٢ ـ تواجد الأخصائى والمعالج النفسى جنبا إلى جنب الطبيب فى كل موقف علاجى، وإعتبار ذلك ضرورة لنجاح العلاج وليس ترفا لا لزوم له.

فمثلا فى حالات الجراحة: تهيئة المريض للجراحة وتبديد مخاوفه، تهيئة الطبيب ودعمه نفسيا ليقوى على مشاق العملية ومفاجآتها، ومساندة المريض بعد الجراحة وتدعيمه فى مواجهة آثارها، وكذا فى أمراض الأورام وغيرها.

٣ ـ الإهتمام بالإرشاد النفسى للمريض وتبديد قلقه ومخاوفه.

٤ ـ توعية المحيطين بالمريض بأهمية المساندة النفسية/ الإجتماعية وأساليبها والوسائل الكفيلة بتحقيق أعلى فاعلية لها.

٥ - تدريس مادة (الخدمات النفسية/ الإجتماعية فى المؤسسات الطبية) ويتم تدريسها بشكل مختصر فى مدارس التمريض، والأسعاف، وبشكل أوسع فى المعاهد العالية للتمريض، وكليات الطب.

٦- إنشاء مكتب للرعاية النفسية/ الإجتماعية بالمؤسسات العلاجية على مستوى عال وفعال.

٧ - عقد الدورات التدريبية، والتثقيفية للعاملين فى المؤسسات الطبية حول (الخدمة النفسية/ الإجتماعية للمرضى).

٨- تعاون الهيئات والجمعيات العلمية الطبية والنفسية حول (الخدمة النفسية/ الإجتماعية للمرضى، بما يتمشى والتطورات فى مجال الأمراض وعلاجها).

٩- قيام مكتب الثقافة الصحية بإصدار النشرات، والكتيبات وإستخدام الأعلام الصحى فى نشر وتدعيم الإهتمام بالمساندة النفسية/ الإجتماعية للمرضى.

١٠ - ضرورة تواجد أخصائى نفسى فى حجرات إستقبال المرضى يستقبل المرضى، وذويهم، ويلعب دور التهدئة والتهيئة والتطمين قبل الكشف الطبى، وأثناءه، ويكون بجوار المريض حتى تقرير موقفه العلاجى.

١١- ضرورة تعاون الجمعيات الخيرية والأهلية فى تقديم العون النفسى/ الإجتماعى لمن لم يتوافر لديهم من يقوم بهذا العمل وتلك الخدمة النفسية/ الإجتماعية لأى عذر ما.

ثانياً: بالنسبة لتقوية إرادة الحياة:

١ - تدعيم روح التفاؤل والأمل فى نفوس الناشئة.

٢ - تدعيم البناء الدينى/ القيمى لدى الناشئة.

٣ - وضع الأبناء فى محكات متدرجة الصعوبة تقوى من إرادة القوة والمقاومة وتشد من عزمهم فى مواجهة الشدائد.

٤ - إشاعة روح الصمود والتحدى بين الناس.

٥ - إشاعة روح الرضا والتقبل لمجريات الأقدار.

٦ - التأكيد على أن الحياة قوامها التغير يوم لك ويوم عليك.

بالنسبة للمرضى:

- التأكيد على أن الحياة تستحق أن تعاش.
- التأكيد على أنه لا تأثير للمرض على العمر فالمرض لن ينقص من العمر شيئا. فالأعمار محددة سلفا.
- التأكيد على أن من حق المريض أن يحيا حتى السويعات الباقية من عمره بشكل طبيعى فى حدود طاقاته وقدراته.
- تدعيم وتقوية المريض الميئوس شفاؤه فى مواجهة المرض بالمزيد من إرادة الحياة والإقبال عليها.
- تبديد مخاوف المريض من آثار المرض، وعواقبه.
- العمل على خفض قلق الموت بزيادة الأمن النفسى للمريض بما يدعم إرادة الحياة.
- العمل على تخفيف مشاعر الذنب بشكل يشعر المريض بالرضا إلى حد ما عن ذاته.
- مساعدة المريض على تقبل ذاته المريضة وإعتبار المرض أمرا طبيعيا فى الوجود وأنه من مستلزمات الحياة البشرية وليس أحدا معصوما منه.
- إشعار المريض بالأهمية والمرغوبية الإجتماعية وبالإحتياج الشديد لوجوده.
- الحديث الدائم عن مآثر وأمجاد المريض، والبعد عن مثالبه مما يقوى رغبته فى الحياة.
- التأكيد على حق المريض بمرض مفض للموت فى عيش أيامه الباقية فى حياة أكثر يسرا وسهولة ما أمكن ذلك.

ثالثا : بالنسبة لتخفيف الألم:

١- زيادة جرعة المساندة النفسية/ الإجتماعية بإزدياد الألم.

٢- إشعار المريض بمشاركته وجدانيا فى تحمل آلامه.

٣- التأكيد للمريض بأن الألم إختبار من الله، وتطهير للنفس من الخطايا، وتخفيف للذنوب.

٤- الإعتدال فى التعبير عن الانفعالات فى لحظات نوبات الألم بحيث لا نبالغ فى إنزعاجنا لحالة المريض ولا نبالغ فى اللامبالاة لحالة الألم التى تنتاب المريض.

٥- إستخدام الأساليب السالف ذكرها فى تقوية إرادة الحياة للمريض، ومساندته النفسية/ الإجتماعية من تطمين، ودمج إجتماعى، وزيارات، وتقبل وإهتمام ورعاية.

المراجع العربية

١ - القرآن الكريم.

٢- العهد القديم: سفر التكوين - الاصحاح الأول - جـ ٢٧.

٣- أحمد محمد عبدالخالق (١٩٨٧): قلق الموت، الكويت، عالم المعرفة. العدد ١١١، مارس.

٤ - أحمد محمد عبدالخالق (١٩٩٣): إضطراب الضغوط التالية للصدمة، بحث منشور بمجلة عالم الفكر، المجلد الثانى والعشرون، العدد الأول - وزارة الإعلام بالكويت.

٥ - فان فال وآخرون (ب - ت): ما هى الوجودية، ترجمة عبدالمنعم الحفنى - مكتبة راديو.

٦ - زكريا إبراهيم (١٩٦٢): تأملات وجودية، بيروت، دار الأداب.

٧ - زكريا إبراهيم (١٩٦٧): مشكلة الإنسان، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٨ - زكريا إبراهيم (١٩٦٩): المشكلة الخلقية، القاهرة، مكتبة مصر.

٩ - رياض أحمد النابلسى (١٩٨٨): الجراحة والعلاج النفسى، بيروت، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

١٠ - فخرى الدباغ (١٩٨٦): السلوك الإنسانى الحقيقة والخيال، الكويت، كتاب العربى الكتاب الثانى عشر.

١١ - كمال محمد سوقى (١٩٨٥): إستراتيجية عربية للإستفادة بالخدمات النفسية الإجتماعية فى وقاية المجتمع من الجريمة والمرض، محاضرة بالندوة العلمية - السعودية - المركز العربى للدرسات الأمنية والتدريب بالرياض ٤ - ٦ نوفمبر.

١٢- محمد أحمد غالى ورجاء أبوعلام (١٩٧٣): القلق وأمراض الجسم، دمشق - مطبعة الحلبونى.

١٣ - مراد وهبة جبران (١٩٧٢): مقالات فلسفية وسياسية، القاهرة، مكتبة مصر.

١٤ - ول ديورانت (١٩٧٢)، قصة الفلسفة، ترجمة فتح الله محمد المشعشع، بيروت، دار المعارف ط ٢.

١٥ - يسرى عبد المحسن (١٩٩٣): أمراض النفس جسدية تنتشر، مقال منشور بمجلة النفس المطمئنة، السنة الثامنة، العدد ٣٤ إبريل.

المراجع الأجنبية

16 - Benkman, L . F & Symes. L. (1979): Social networks hostresistance and mortality: anine - year flow - up study of Alamedacounty residents. America Journal of Epidmiology 109: 186-204.

17- Duncan A. S (1977):"Dictionary of medical Ethies" Darton, Longman & Todd, London Artmedical.

18 - Greer. S. & watson, m. (1985): Towards psychobiological nodel of cancer: psy--chological considerations Social science and medicine 20 - 733.

19 - Harburg, E. Erfurtl: Cohaygrtiem, L.S. chape, C., Schull, W. I& Schork, m. A (1973):

Sociological strees. hostility, skincolorblacls witemal blood pressure, Detroite psychomatic medicine, 35, 276-296.

20 - James Drever (1968): Adictionary of psychology, penguin Books.

21- Jemmot, J.B.& Locke, S.E. (1984): Psychosocial Factorsimmunology mediation and human susceptibility to in Fectious diseas: howmuch do know? psychological Bulletin, 95-78-108.

22. Lewis, M.A. (1983): Law & Ethis in the medical office, F. A, Davis company philodelphia, p. 115.

23- Selye, H., (1976): The Strees of life "Revised Edition" New Yourk, mcGrow Hill.

24 - Stracevic, V. (1989): Pathologicalfear of death panice attacks, and hypochen risis. American, Journal of psychoanalysis, 49 (4) 347- 361.

25 - Wilkis, E.: (1976): The Trouble with patients, J. Roy collGen. Practit., 26, 874.

الميل العصبى لدى المتزوجات والمطلقات
(دراسة مقارنة)

د. راوية محمود حسين دسوقى
أستاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب - جامعة الزقازيق

مقدمة

إن الأسرة تعتبر نواة المجتمع وخليته الأولى. الأمر الذى يجعل الحياة الزوجية موضوعاً له قيمته العملية والإنفعالية فى حياتنا اليومية. والزواج باعتباره الخطوة الأولى فى تكوين الأسرة قد يحالفه التوفيق إذا تحقق له التوافق بين الشريكين وقد يصيبه الفشل إذا جانبه هذا الشرط الأساسى ولا تقف الأضرار والمساوىء التى تترتب على إنعدام التوافق الزواجى عند أحد الزوجين فحسب بل أنها تمتد إلى الأبناء والأحفاد وتشمل المجتمع بأسره.

وقد تنشأ الخلافات الزوجية نتيجة لعدم التجانس فى الجوانب الشخصية أو الاجتماعية والثقافية والاقتصادية مما ينتج عنه عدم التجاوب الفكرى والعاطفى بين الزوجين. وقد تصل حدة هذه الخلافات إلى الطلاق الذى يترتب عليه بعض المشكلات النفسية والتى من أهمها الشعور بالتوتر والاكتئاب والقلق وإن هناك زيجات أكثر قلقاً واضطراباً من قلق المطلقين حيث يسود داخل بعض الزيجات غير السعيدة ما يسمى بالطلاق السيكولوجى.

وترى الباحثة الحالية أن الزواج هو العلاقة المشروعة بين الرجل والمرأة ويقوم على أساس قيم دينية واجتماعية واقتصادية والحياة الزوجية السعيدة سكن واستقرار وأمن نفسى للانسان وإشباع لعدد من حاجاته الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية ولذا فهى تحتاج إلى عناية الاخصائيين واهتمامهم فى الميادين العلمية المختلفة ومن بينها ميدان علم النفس وبخاصة ميدان الصحة النفسية وميدان الإرشاد النفسى ومن الدوافع التى حملتنى علي اختيار هذا الموضوع الرغبة الملحة فى إنجاز عمل يستهدف مصلحة الأسرة.

وتتمثل فروض الدراسة فيما يلى:

الفرض الأول:

«تتأثر متغيرات الميل العصابى والقلق كحالة وكسمة لدى المرأة المصرية السعودية بعامل الحالة الاجتماعية والبيئة والتفاعل بينهما».

الفرض الثانى:

«توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المرأة المصرية المتزوجة والمرأة السعودية المتزوجة فى متغيرات الميل العصابى والقلق كحالة والقلق كسمة لصالح المرأة المصرية».

الفرض الثالث:

«توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المرأة المصرية المطلقة والمرأة السعودية المطلقة فى متغيرات الميل العصابى والقلق كحالة والقلق كسمة لصالح المرأة المصرية».

الفرض الرابع:

«تكشف الدوافع والعوامل اللاشعورية التى تميز الحالات المتطرفة فى الميل العصابى والقلق لدى المتزوجات والمطلقات عن شخصياتهم وصراعاتهم.

مصطلحات البحث:

الزواج - الطلاق - الميل العصابى - القلق.

١ - الزواج: -

عبارة عن علاقة شخصية بين فردين مستقلين لكل منهما شخصيته المتميزة هما الزوج والزوجة (عمر رضا، ١٩٧٧).

- ويعرف الفقهاء الزواج «بأنه عقد وضعه الشارع يفيد حل استمتاع كل من الزوجين بالآخر على الوجه المشروع (عادل سركيس، ب.ت).

- وتعرف الباحثة الحالية الزواج بأنه نظام اجتماعى شرعه الله لكل من الرجل والمرأة ويقوم على نظم وقوانين وتقاليد وعادات وحقوق والتزامات يخضع لها كلا من الزوجين ليشبع كلا منهما الآخر حاجاته البيولوجية والنفسية والاجتماعية ولإثبات دوره الاجتماعى فى المجتمع.

فالزواج إذن من أهم النظم الاجتماعية حيث يتميز بالشرعية والاستمرارية وهو أساس تكوين الأسرة التى تعتبر نواة المجتمع وخليته الأولى وهى نتائج للأنماط الثقافية والموروثة من طرفى الأسرة الزوج والزوجة والتى ينشأ من خلال تفاعلهما نمطاً أسرياً جديداً.

٢ - الطلاق: -

يعرف الفقهاء الطلاق بأنه رفع قيد الزواج الصحيح فى الحال أو المآل بلفظ يفيد ذلك صراحة أو كناية (بدران أبو العينين، ١٩٧٤).

- الطلاق هو إنهاء شرعى وقانونى للعلاقة الزوجية (سيد سابق، ب.ت).

- ويفرق بلود وبلود Blood & Blood, 1978 بين الطلاق الفعلى والطلاق الانفعالى ففى الطلاق الانفعالى يبقى الزوج والزوجة معاً فى مسكن الزوجية ولكن العلاقة الجنسية والعاطفية كعامل أساسى فى الحياة الزوجية متصدعة بينهما تماماً ولكن الزوجين يفضلان البقاء معاً نظراً لوجود الأطفال.

- ويعتبر الطلاق هو أحد مظاهر عدم التوافق الزواجى وليس المظهر الوحيد له. ويعتبر الطلاق حادثاً مشئوماً ويعتبر مؤشراً واضحاً لفشل الأسرة ومحنة شخصية وهو طريق للهروب من التوترات والخلافات الزوجية.

٣ - الميل العصابى: -

يقصد به درجة العصابية العامة أو ردود أفعال القلق الدائم وغير التكيفى والعصابية هى الصفة المجردة التى تميز الأعصبة ويقابل ذلك من ناحية أخرى (العصاب) والأخير هو الاضطراب الحقيقى أو الحالة العيانية للشخص المكروب والعصابية ليست هى العصاب بل الإستعداد للإصابة بالعصاب أو الميل إلى تكوين أعراض عصابية عند التعرض للضغوط البيئية Stress (ويلوبى، ١٩٧٧).

٤ - القلق: -

تباينت وجهات نظر علماء النفس إلى القلق تباينات شديدة فلقد اعتبر فرويد أن الغريزة الجنسية هى الأساس الأول الذى يصدر عنه القلق فى حين أرجع أدلر القلق إلى مشاعر النقص عند الفرد سواء جسمية أو معنوية أو اجتماعية ووظيفة القلق هى تحذير الشخص من خطر وشيك الوقوع. أما سوليفان فيعتبر القلق ناتج عن أى اضطراب فى العلاقة المتبادلة بين الفرد والمجتمع الذى يعيش فيه والذى يؤدى إلى نشوء القلق فى حين ركزت هورفى على أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية والعلاقات المتبادلة بين الفرد والمجتمع فى إظهار مشاعر القلق لديه (هول وليذرى ١٩٧١).

ويتضح من التعريفات السابقة للقلق ما يلى:

- أن القلق انفعال سلبى يرتبط بالخوف والمخاوف الشاذة.
- أنه زملة إكلينيكية.
- أنه إستجابة إنفعالية متعلمة على أساس مبادىء التشريط.
- أنه حافز يعوق الأداء أو يسهله.
- أنه واحد من أكثر السمات المزاجية أهمية فى البحوث الحديثة فى الشخصية.

ويستند البحث الحالى إلى تعريف سبيلبيرجر للقلق حيث قسم القلق إلى:

(أ) حالة القلق: يشير إلى خبرة وقتية متغيرة ومرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب.

(ب) سمة القلق: تشير إلى ميل أو تهيؤ أو سمة ثابتة نسبياً في الشخصية (سبيلبيرجر ١٩٨٤).

الدراسات السابقة:

١ - دراسات تناولت القلق لدى المطلقين:

- ومن هذه الدراسات دراسة ستوك (stock, 1970) التي توصل فيها إلى أن القلق الناتج عن الطلاق يعتبر قلق حالة أكثر منه قلق سمة ويظهر القلق بصورة واضحة لدى المطلقة التي تعيش بمفردها كما وجد أن القلق المرتبط بالطلاق يقل تدريجيا بمرور الوقت.

- أما دراسة والس (Wallace 1977) فقد توصلت إلى أن المطلقين والمطلقات أكثر قلقاً من المتزوجين والمتزوجات وأن المتزوجات أكثر قلقاً من المتزوجين.

- وفي دراسة برينتون (Bruntoon, 1982) والتي توصلت إلى ارتفاع مستوى القلق لدى النساء اللائي يعشن بمفردهن بعد الطلاق.

- أما دراسة لي (Lee, 1983) والتي توصلت إلى وجود علاقة إيجابية بين القلق والبرود الإنفعالي والمرونة والتصلب وبين الخلافات الزواجية، كما لا توجد علاقة عكسية بين المرونة والتصلب والخلافات الزواجية.

- وفي دراسة قام بها شوبرت وشارون (Schubert & Sharon, 1985) أوضحت أن النساء اللائي لديهن توجهات خنثوية أو ذكرية لديهن مستوى أقل من القلق والاكتئاب من النساء اللائي لديهن توجهات أنثوية غير مختلفة عن جنسها، وقد قررت الغالبية العظمى من النساء أنهن يعانين من قلق واكتئاب معتدل ورضا زواجي منخفض.

- أما دراسة ميناجهن وليبرمان (Menaghan & Lieber-man, 1986) والتي أسفرت عن أن المطلقين حديثاً أكثر قلقاً واكتئاباً من هؤلاء الذين ظلوا متزوجين حيث أظهروا مستوى عالي من القلق والإكتئاب كما تبين أنهم يعانون من مشكلات اقتصادية وإنخفاض في مستوى المعيشة - وأن التغيير في مستوى القلق والإكتئاب يكون سلبياً بين المطلقين حديثاً ويختلف بإختلاف الخصائص الديمجرافية وصعوبات الحياة ولكن يتغير مستوى القلق والإكتئاب مع مرور الوقت ويختلف هذا التغير بإختلاف الحالة الزواجية وبإختلاف السن والجنس والدين والمستوى التعليمي والمسئوليات الوالدية والمركز الوظيفي والمشكلات الاقتصادية والمحنة الزواجية، كما تبين من النتائج وجود تفاعل بين متغير الحالة الزواجية والديانة كما توجد فروق بين الرجال والنساء المطلقين في صدمة الطلاق.

- أما دراسة عواطف صالح (١٩٨٩) والتي توصلت فيها إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المتزوجين والمطلقين من الجنسين في قائمة حالة وسمة القلق وذلك لصالح المطلقين، ووجود فروق دالة بين المتزوجين والمطلقين الذكور في حالة وسمة القلق وذلك لصالح المطلقين، ووجود فروق دالة بين المتزوجات والمطلقات في حالة وسمة القلق وذلك لصالح المطلقات. عدم وجود فروق بين المتزوجين والمتزوجات في بعدى قلق الحالة والسمة - وجود فروق دالة بين المطلقين والمطلقات في قلق السمة وذلك لصالح المطلقات فيما عدا قلق الحالة وقد تجمعت متغيرات الدراسة المتمثلة في الحاجات النفسية والرضا الزواجي والخلافات الزواجية والقلق في مجموعة العوامل.

٢ - دراسات تناولت الفروق بين المتزوجين والمطلقين:

- ومن هذه الدراسات دراسة (Shapiro, 1978) والتي توصلت إلى أن الأشخاص الذين طلقوا بعد متابعة برامج الإرشاد الزواجي كانوا أكثر عصابية من الأشخاص المتزوجين وخاصة النساء أما الرجال فكانت النتيجة عكس ذلك كما وجد إختلاف في خصائص شخصياتهم.

- أما دراسة إيتوج ومالستروم (Etouge & Molstrom, 1981) فتوصلت إلى أن الأشخاص المطلقين في حاجة إلى الشعور بالأمن والاستقرار أما الأشخاص المتزوجين فهم أكثر تحقيقاً لذاتهم وأكثر شعوراً بالأمن والحب من المطلقين كما أن النساء في حاجة دائمة للتقدير كدافع للعمل والنجاح.

- وفي دراسة إجلال سرى (١٩٨٢) والتي توصلت إلى وجود إرتباطا سالبا دال لكل من المشكلات الزواجية والعصابية. وحصلت المطلقات على درجات أعلى من المتزوجات في مجموع المشكلات الزواجية وكذلك في

المفاهيم الزواجية السالبة جميعاً وفى العصابية وحصلت المتزوجات على درجات أعلى من المطلقات فى كل من التوافق النفسى ومفهوم الذات الموجب والاتجاهات الزواجية الموجبة.

- أما دراسة باس (Bass, 1982) التى أوضحت أن النساء المطلقات أكثر قلقاً وإكتئاباً من النساء المتزوجات - كما وجدت فروق دالة بينهما فى تصور لشبكة العلاقات الاجتماعية أثناء الزواج وبعد الطلاق تتسع.

- وقامت ميكابى (Mccabe, 1982) بدراسة توصلت فيها إلى أن سلوكيات المطلقات ترتبط بمستوى القلق فالمطلقة التى لديها قلق منخفض تستطيع التغلب على مشكلاتها بالاجتماع مع الأصدقاء والعمل وتحقيق الذات أما المطلقة ذات القلق المرتفع فقد تلجأ للنوم أو الغضب وطلب المساعدة من الآخرين وقد يرجع التغلب على المشكلات إلى عدة عوامل مثل السن - التعليم - المهنة - الدخل - وجود الأطفال والمستوى الدينى.

- وقامت مارى حبيب (١٩٨٣) بدراسة اكلينيكية توصلت فيها إلى أن كل العلاقات الزوجية لا تخلو من التوتر نتيجة إلى إختلاف الضغوط والبناء النفسى للزوجين و وإدراكهم للتوتر وإختلاف خصائص الشخصية للزوجين الغير محببه والغير مرغوبة للطرف الآخر ووجود علاقات زوجية متوترة بعدم رضى الزوجين عن العلاقة وأخرى تتميز برضى الزوجين عن العلاقة وقد يرجع ذلك إلى الدفعات النفسية اللاسوية للزوجين. وقد توجد علاقات تتميز بالتوتر والايجابية والرغبة فى الإستمرار والتنازل من أجل الطرف الآخر لإسعاده.

- أما دراسة واينجارتين (Weingarten, 1985) والتى توصلت إلى عدم وجود فروق بين المتزوجين والمطلقين للمرة الثانية فى أبعاد السعادة الشخصية ولكن وجد فروق لصالح المطلقين فى تقريرهم بأنهم غير سعداء حالياً وأن الماضى أكثر سعادة من الحاضر. وتقاريرهم أكثر تشابه فى تقدير الذات وإدراك الضبط الداخلى وتقبل الذات والاستمتاع مع الراشدين المتزوجين للمرة الثانية كما وجد تشابه بينهما فى عدم الرضا وإدراك العيوب الشخصية والاضطراب والقلق والجمود وإعتراض الصحة الجسمية وإستغلال الثروة والضبط الشخصى وقد تبين من النتائج أن المطلقين حديثاً أكثر اضطرابا وقلقا وتشاؤماً وأقل تفاؤلا من المتزوجين لأول مرة.

مناقشة الدراسات السابقة:

توصلت نتائج الدراسات التى أجريت على المتزوجين والمطلقين أن المطلقين أكثر قلقاً وإكتئاباً من المتزوجين ويرتفع مستوى القلق لدى النساء اللائى يعيشن بمفردهن بعد الطلاق - كما أن المطلقين أكثر عصابية من المتزوجين - وان المطلقين حديثاً أكثر قلقاً وإكتئاباً وتشاؤماً وأقل تفاؤلاً من المتزوجين لأول مرة. كما أن الآباء المطلقين الذين يقيمون برعاية أبنائهم أقل قلقاً وإكتئاباً من الآباء الذين لا يقيمون برعاية أبنائهم - كذلك وجد أن درجة مستوى القلق لدى المطلقة تجعلها تستطيع التغلب على المشكلات التى تقابلها كالعلاقات الاجتماعية - الدخل - مستوى التعليم - وجود الأطفال - السن - الدين - الثقافة - مدة الزواج - الجنس كذلك إنتهت الدراسات إلى وجود إرتباط سالب دال لكل من المشكلات الزواجية والعصابية لدى المطلقات أما المتزوجات فقد حصلن على درجات أعلى فى كل من التوافق ومفهوم الذات والاتجاهات الزواجية الموجبة، وقد لا تخلو العلاقات الزواجية من التوترات ولكنها تختلف تبعا لخصائص شخصية الزوجين وقدرتهما على الرضا والاستمرار فى الحياة الزوجية.

الطريقة والاجراءات:

تنقسم أدوات الدراسة الحالية إلى:

أولا: الأدوات السيكومترية:

وتشمل:

(أ) قائمة ويلوبى للميل العصابى (ويلوبى اعداد عبد الخالق، ١٩٧٧).

(ب) قائمة القلق (كحالة / كسمة) سبيلبرجر اعداد عبد الخالق، ١٩٨٤.

(جـ) استمارة بيانات عامة من إعداد الباحثة تتضمن الاسم - العمر - العمل - الدخل - الحالة الاجتماعية - عدد الأبناء - المستوى التعليمى - مكان الإقامة ومكان العمل.

(أ) قائمة ويلوبى للميل العصابى:

تهدف القائمة إلى قياس درجة العصابية العامة فتعد القائمة كذلك مقياساً للقلق، والقائمة الحالية تقيس الاستعداد للاصابة بالعصاب إذا ما توفرت الضغوط البيئية بدرجة معينة

وتمتاز القائمة بما يلي: يمكن تطبيقها على عدد كبير من الأفراد في نفس الوقت ـ تستغرق دقائق قليلة للإجابة عليها طريقة التصحيح سهلة لها صدق معقول.

وصف المقياس:

يتكون المقياس من (٢٥) سؤالاً ويجاب على كل سؤال في حدود مقياس متدرج من خمس درجات، بحيث تكون درجة الصفر سلبية تشير إلى عدم وجود العصابية بينما الدرجات من ١ ـ ١٤ إيجابية على شكل درجات متزايدة من الأقل عصابية إلى الأعلى.

ثبات المقياس:

قام ويلوبي بحساب ثبات الاتساق الداخلي بطريقة القسمة إلى نصفين واضحين واتضح أن للمقياس إتساقاً داخلياً مرتفعاً وتراوحت معاملات الثبات ما بين ٠,٨٠ إلى ٠,٩٨.

وعلى مستوى البيئة العربية قام عبد الخالق (١٩٧٧) بحساب ثبات المقياس بطريقتين هما:

(أ) ثبات الاستقرار الذي بلغ ٠,٨٧٩.

(ب) ثبات الاتساق الداخلي الذي بلغ ٠,٧٩٣ وبعد التصحيح بلغ ٠,٨٨ كما قام بإجراء التحليل العاملي لمقاييس القائمة الستة.

وقامت الباحثة الحالية بحساب ثبات المقياس على البيئة السعودية لعينة كلية بلغت (٦٠) امرأة من أفراد العينة وتم حساب الثبات بالتجزئة النصفية ووجد أن معامل الثبات بلغ ٠,٩٦٢ وهو معامل ثبات عالي مما يؤكد أن المقياس على درجة عالية من الثبات.

صدق المقياس:

قام الباحث المعد للمقياس بحساب الصدق للمقياس في ضوء اثنين من التحليلات العاملية كما يلي:

(أ) التحليل العاملي لقائمة ويلوبي مع مقياس العصابية لأيزنك للشخصية ودلت النتائج أن مقياس أيزنك يرتبط بجميع مقاييس قائمة ويلوبي بدرجة جوهرية عند مستوى ٠,٠١.

(ب) التحليل العاملي للدرجة الكلية لويلوبي وثلاثة مقاييس للعصابية وهي قائمة أيزنك للشخصية لصورة (أ) قائمة أيزنك للشخصية الصورة (ب) والتقلبات الوجدانية لجيلفورد. وتم استخراج عامل أطلق عليه عامل العصابية يستوعب نسبة كبيرة من التباين المشترك (٨٠٪) ولوحظ أن الدرجة الكلية من قائمة ويلوبي تتضمن تشبعاً مرتفعاً بحيث يقبل صدقاً عاملياً.

وقامت الباحثة الحالية بحساب صدق المقياس بحساب معاملات الارتباط بين مقياس العصابية لأيزنك وقائمة ويلوبي للميل العصابي لأيزنك وقائمة ويلوبي للميل العصابي ووجد أن معاملات الإرتباط عالية تتراوح ما بين ٠,٧٠ إلى ٠,٨٠ وهي دالة وقد تم التطبيق على نفس العينة التي تم عليها حساب الثبات.

(ب) مقياس قائمة القلق (الحالة ـ السمة):

تشتمل القائمة على مقياسين فرعيين هما: حالة القلق ـ سمة القلق ـ يضم كل منهما عشرين بند أولهما ثبات وصدق مرتفعين.

يهدف مقياس حالة القلق (ى ـ ١) تقدير ما يشعر به المفحوص فعلا أي في هذه اللحظة في حين يهدف مقياس سمة القلق (ى ـ ٢) إلى تقدير ما يشعر به المفحوص بوجه عام وتطبيق القائمة إما فردياً أو جماعياً وليست للقائمة حدود زمنية معينة.

ثبات المقياس:

تم حساب الثبات (الصورة الأمريكية) بطريقة إعادة الاختبار وتراوحت معاملات الثبات ما بين ٠,٧٠ إلى ٠,٩٠ وهي معاملات ثبات مرتفعة وقام الباحث المعد للمقياس بحساب معاملات ثبات المقياس للعينة المصرية بطريقة إعادة التطبيق وبحساب الاتساق الداخلي وتراوحت معاملات التباين ما بين ٠,٥٧ إلى ٠,٨٢ وبلغ ثبات الاتساق ما بين ٠,٧٧ إلى ٠,٩٤ وهي معاملات ثبات مرتفعة.

وفي الدراسة الحالية قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس باستخدام طريقة التجزئة النصفية لعينة التقنين السابقة. وتراوحت معاملات الثبات للمقياس ما بين ٠,٥٦ إلى ٠,٨٠ مما يطمئن إلى إستخدامه في البيئة السعودية.

صدق المقياس:

تم استخدام ست طرق لتقدير صدق القائمة (الصورة الأمريكية) وهى:

- المجموعات المتعارضة فقد تم مقارنة درجات الأسوياء والمجموعات المرضية تمدنا هذه المقارنة بدليل على أن المقياس يميز بين الأسوياء والمرضى.

- الارتباط بين مقياس القلق وسمة القلق حيث حسبت معاملات الارتباط بين المقاييس ووصلت معامل الارتباط إلى ٠,٦٥.

- الارتباطات بين مقياس سمة القلق ومقاييس أخرى لسمة القلق واستخرجت معاملات ارتباطات مرتفعة تتراوح ما بين ٠,٧٣ إلى ٠,٨٥.

- الارتباط بين قائمة القلق ومقاييس أخرى للشخصية واستخراج معامل ارتباط جوهرى مرتفع بين المقاييس المختلفة للشخصية وقائمة القلق.

- ارتباط قائمة القلق مع الاستعدادات الأكاديمية والتحصيل وظهر أن العلاقة صفرية بين مقياس قائمة القلق وكل من الاستعدادات الأكاديمية والتحصيل.

- أثر المواقف العصبية فى حالة القلق ووجد أن مقياس حالة القلق يمكن أن يصلح لقياس حالة القلق فى ظروف عصبية متعددة ومتغيرة أما بالنسبة لصدق الصورة العربية قام معد القائمة باستخدام عدة طرق لتقدير الصدق واستخلص إلى وجود صدق عالى للقائمة حيث قام بحساب إرتباط بين مقياس حالة القلق وسمة القلق وكانت الارتباطات عالية. وتم حساب الإرتباط بين حالة القلق ومقياس تايلور للقلق الصريح وظهرت إرتباطات جوهرية أيضاً بين سمة القلق ومقياس تايلور للقلق الصريح وأوضحت النتائج إرتباطات مرتفعة ويدل ذلك على أن للمقياس درجة عالية من الصدق - وقامت الباحثة الحالية بحساب الارتباطات بين مقياس القلق الحالى (كحالة - كسمة) وبين مقاييس أخرى للقلق ووجد أن معاملات الارتباط مرتفعة تتراوح ما بين ٠,٨١٤ إلى ٠,٩٠٠ على نفس العينة السابقة التى استخدمت لحساب الثبات وتدل النتائج على صلاحية استخدام المقياس فى البيئة السعودية.

ثانياً: الأدوات الاكلينيكية:

١ - استمارة المقابلة الشخصية:

وهى من إعداد صلاح مخيمر لجمع معطيات تاريخ الحالة وتشتمل على بيانات مقننة تتضمن تاريخ الحالة - سنوات الطفولة - معطيات عن الأب والأم - أسلوب التربية ونمط الشخصية حتى طفولته والحياة الأسرية والحياة التعليمية - موقف المفحوص من الأحلام والكوابيس والاضطرابات النفسية وموقفه من الحياة الجنسية والحياة الزوجية وإطاره الفكرى وفلسفته فى الحياة.

٢ - اختبار تفهم الموضوع:

وهو المعروف بشهرة اختبار .T.A.T وقد أعده هنرى موراى وأعد صورته العربية محمد عثمان نجاتى. وهو أسلوب يكشف عن الرغبات والانفعالات والعقد والميول المكبوتة والصراعات اللاشعورية. وهو يتكون من ٣١ بطاقة احداهما تركت بيضاء.

ولقد استخدمت فى الدراسة الحالية البطاقات: (٢)، (٣) ف،ن، (٤)، (٦) ف،ن، (٨) ف،ن، (١٠)، (١٢)، (١٣) ز،ن، (١٦) البيضاء، (١٨) ف،ن.

٣ - المقابلة الحرة الطليقة:

حيث أجريت مقابلات حرة طليقة مع الحالات المدروسة بهدف الحصول إلى عمق فى مجالات دراسة الحالة ورسم صورة اكلينيكية واضحة لها.

نتائج الدراسة:

نتائج الفرض الأول:

وينص هذا الفرض على ما يلى: (تتأثر متغيرات الميل العصابى والقلق كحالة وكسمة لدى المرأة المصرية والسعودية بعاملى الحالة الاجتماعية والبيئة والتفاعل بينهما).

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل التباين ذو التصميم العاملى ٢ x ٢ لتفاعل متغيرات الحالة الاجتماعية (متزوجات ومطلقات) البيئة (المصرية والسعودية) فى أثرها على الميل العصابى والقلق كحالة وكسمة (Ferguson, 1984) كما هو موضح بالجداول أرقام (١ و ٢). *

جدول رقم (١)

يوضح نتائج تحليل التباين ٢ x ٢ للميل العصابى والقلق كحالة / كسمة لدى المرأة المصرية والسعودية المتزوجة والمطلقة

المتغير	بين الحالة الاجتماعية	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية ودلالتها
الميل والعصاب	بين الحالة الاجتماعية	٢٩٥٠,٢١	١	٢٩٥٠,٢١	**١٢٤,٤٤
	بين البيئة	٢٤٩,٤١	١	٢٤٩,٤١	**١٠,٥٢
	التفاعل	٦,٠٨	١	٦,٠٨	٠,٢٧
	تباين الخطأ	٢٧٥٠,٢٢	١١٦	٢٣,٧١	—
القلق كحالة	بين الحالة الاجتماعية	٨٧٤,٨٠	١	٨٧٤,٨٠	**٣٦,٢٩
	بين البيئة	٩٦٣,٣٣	١	٩٦٣,٣٣	**٤٠,٠٧
	التفاعل	١٠,٨٠	١	١٠,٨٠	٠,٤٥
	تباين الخطأ	٢٧٨٨,٣٣	١١٦	٢٤,٠٤	—
القلق كسمة	بين الحالة الاجتماعية	٢٧٧٤,٤١	١	٢٧٧٤,٤١	**١٨٢,٤٠
	بين البيئة	٣٢٣,٤١	١	٣٢٣,٤١	**٢١,٢٦
	التفاعل	٧٢,٠٨	١	٧٢,٠٨	٤,٧٤
	تباين الخطأ	١٧٦٤,٤٣	١١٦	١٥,٢١	—

* ف> ٣,٩٢ دالة عند مستوى ٠,٠٥ ** ف> ٦,٩٠ دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١ بين المتزوجات والمطلقات فى كل من مصر والسعودية فى الميل للميل العصابى لصالح المرأة المصرية.

- لايوجد تأثير للتفاعل للحالة الاجتماعية X البيئة للميل العصابى لدى المرأة المصرية والسعودية المتزوجة والمطلقة.

- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١ بين المرأة المصرية والمرأة السعودية (المتزوجة/ والمطلقة) فى القلق كحالة لصالح المرأة المصرية.

- لايوجد تأثير دال للتفاعل الحالة الاجتماعية X البيئة القلق كحالة لدى المرأة المصرية والسعودية.

- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١ بين المرأة المصرية والمرأة السعودية (المتزوجة/ والمطلقة) فى القلق كسمة لصالح المرأة المصرية.

- يوجد تأثير دال للتفاعل بين الحالة الاجتماعية X البيئة للقلق كسمة لدى المرأة المصرية والسعودية.

وللتعرف على إتجاهات الدلالة بين المجموعات الأربعة فى قلق السمة وللتحقق من صحة الفرض الأول فقد استخدمت معادلة شافيه.

جدول رقم (٢)

اتجاهات الدلالة بين المجموعات الأربعة فى قلق السمة باستخدام معادلة شافيه

المتغير	م	مجموعة المقارنة	المتوسط	اتجاهات الدلالة ١	٢	٣	٤
القلق كسمة	١	متزوجات سعوديات	٣١,٤٠	—			
	٢	متزوجات مصريات	٣٣,١٣	—	—		
	٣	مطلقات سعوديات	٣٩,٧٤	*	*	—	
	٤	مطلقات مصريات	٤٤,٣٠	*	*	*	—

* توجد دلالة فروق عند ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق ما يلى:

- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية لدى المتزوجات السعوديات والمصريات فى القلق كسمة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين المطلقات السعوديات والمطلقات المصريات لصالح المصريات فى القلق كسمة.

نتائج الفرض الثانى:

ينص الفرض الثانى على (أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المرأة المصرية المتزوجة والمرأة السعودية المتزوجة فى متغيرات الميل العصابى - القلق كحالة - القلق كسمة لصالح المرأة المصرية). وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم استخدام اختبارات لدلالة الفروق والجدول التالى يوضح ذلك .

جدول رقم (٣)

يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات للميل العصابى والقلق كحالة/ كسمة لدى المرأة المصرية المتزوجة والمرأة السعودية المتزوجة.

المتغير	مجموعتى المقارنة	العدد	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة ت ودلالتها
الميل العصابى	امرأة مصرية متزوجة امرأة سعودية متزوجة	٣٠ ٣٠	٣٢,٢٣ ٢٨,٩٠	٦,٢٦ ٤,٠٦	٢,٣٥٧ دالة عند ٠,٠٥
القلق كحالة	امرأة مصرية متزوجة امرأة سعودية متزوجة	٣٠ ٣٠	٣٤,٥٠ ٢٨,٢٣	٧,٢١ ٤,٤٠	٣,٩٩٩ دالة عند ٠,٠٥
القلق كسمة	امرأة مصرية متزوجة امرأة سعودية متزوجة	٣٠ ٣٠	٣٣,١٣ ٣١,٤٠	٣,٦٢ ٣,٥٣	١,٨٤٢ غير دالة

يتضح من الجدول السابق ما يلى:

- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين المرأة المصرية المتزوجة والمرأة السعودية المتزوجة فى الميل العصابى لصالح المرأة المصرية.

- كما توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١ بين المرأة المصرية المتزوجة والمرأة السعودية المتزوجة فى القلق كحالة لصالح المرأة المصرية.

- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المرأة المصرية المتزوجة والمرأة السعودية المتزوجة فى القلق كسمة.

نتائج الفرض الثالث: وينص هذا الفرض على أنه (توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المرأة المصرية المطلقة والمرأة السعودية المطلقة فى متغيرات الميل العصابى والقلق كحالة والقلق كسمة لصالح المرأة المصرية) .

وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق والنتائج موضحة بالجدول التالى:

جدول رقم (٤)

يوضح نتائج اختبا (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الميل العصابي والقلق كحالة / كسمة لدى المرأة المصرية والمرأة السعودية المطلقة.

المتغير	مجموعتى المقارنة	العدد	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة ت ودلالتها
الميل العصابى	امرأة مصرية مطلقة امرأة سعودية مطلقة	٣٠ ٣٠	٤١,٧٠ ٣٩,٢٧	٤,٥٤ ٤,٣٠	٢,٠٩٣ دالة عند ٠,٠٥
القلق كحالة	امرأة مصرية مطلقة امرأة سعودية مطلقة	٣٠ ٣٠	٣٩,٣٠ ٣٤,٢٣	٣,٤٢ ٣,٦٢	٥,٩٣٠ دالة عند ٠,٠٥
القلق كسمة	امرأة مصبرية مطلقة امرأة سعودية مطلقة	٣٠ ٣٠	٤٤,٣٠ ٣٩,٤٧	٣,٥٩ ٤,٧٣	٤,٣٧٩ دالة عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق ما يلى:

ـ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين المرأة المصرية المطلقة والمرأة السعودية المطلقة فى الميل العصابى لصالح المرأة المصرية.

ـ كما توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١ بين المرأة المصرية والمرأة السعودية المطلقة فى كل من القلق كحالة والقلق كسمة لصالح المرأة المصرية.

مناقشة نتائج الدراسة السيكومترية:

بعد العرض السابق لنتائج الدراسة يمكن تفسيرها فى ضوء الفروض والدراسات السابقة وذلك على النحو التالى:

أولا: أكدت النتائج صدق الفرض الأول فقد أشارت النتائج إلى أن المرأة المطلقة أكثر استعداداً للميل العصابى وأكثر قلقاً كحالة وكسمة عن المرأة المتزوجة بنسبة دالة عند مستوى ٠,٠١.

ومما هو جدير بالذكر أن هذه النتائج تتفق مع ما توصلت إليه دراسة كل من دراسة والس"Wallace, 1977" التى أكدت أن المطلقات أكثر قلقاً من المتزوجات. أما دراسة ميناجهن وليبرمان "Menaghan & Lieberman,1986" والتى أسفرت عن أن المطلقات حديثاً أكثر قلقاً واكتئاباً من الذين ظلوا متزوجات. وفى دراسة عواطف صالح (١٩٨٩) والتى توصلت إلى وجود فروق دالة بين المتزوجات والمطلقات فى القلق كحالة وكسمة لصالح المطلقات، أما دراسة شابيرو "Shapiro, 1978" والتى أوضحت أن المطلقات أكثر عصابية من المتزوجات، وفى دراسة اجلال سرى (١٩٨٢) والتى أوضحت أن المطلقات أكثر عصابية، أما دراسة باس "1982" والتى أكدت أن النساء المطلقات أكثر قلقاً واكتئاباً من النساء المتزوجات وأوضحت دراسة ميكابى "Mccabe, 1982" أن سلوكيات المطلقات ترتبط بدرجة القلق.

كما أشارت نتائج الفرض الأول إلى أن المرأة المصرية المتزوجة أكثر استعداداً للميل العصابى وأكثر قلقاً كحالة/ كسمة من المرأة السعودية المتزوجة بنسبة دالة عند مستوى ٠,٠١.

كما أشارت نتائج الفرض الأول إلى أنه لا يوجد تأثير دال للتفاعل الحالة الاجتماعية X البيئة للمرأة المصرية والسعودية (المتزوجة والمطلقة) فى الميل العصابى والقلق كحالة ولكن يوجد تأثير دال للتفاعل بين الحالة الاجتماعية X البيئة فى القلق كسمة. وهذه النتائج تعتبر إضافة جديدة حيث لم تشر

إليها نتائج الدراسات السابقة التى تناولت دراسة المتزوجين والمطلقين وهى أن بعض سمات الشخصية والقلق - الميل العصابى، تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية والبيئة وقد أكدت النتائج في هذه الدراسة أنها تختلف.

ويمكن تفسير نتائج الفرض الأول كما يلى:

ويمكن إرجاع السبب فى أن المرأة المصرية المتزوجة والمطلقة أكثر قلقاً وإستعداداً للإصابة بالعصاب «الميل العصابى» عن المرأة السعودية المتزوجة والمطلقة إلى عدة أمور هى:

- توتر العلاقة مع الزوج فى أحيان كثيرة بسبب عدم إشباع الحاجات النفسية وعدم التوافق الجنسى وعدم التشاور فى الأمور - وعدم الثقة - والتدخل فى الشئون الخاصة لكل منهما والسماح للأهل والأصدقاء بالتدخل فى شئونهم. وإختلاف أساليب التربية للأبناء مما يؤدى إلى خلق الخلافات الزوجية والشعور بالتوتر والقلق والذى يؤدى إلى الطلاق والذى يصبح خبرة مؤلمة والشعور بعدم الثقة وتقدير الذات مما يؤدى إلى عدم التوافق الشخصى والشعور بعدم الأمن والاستقرار النفسى بالإضافة إلى المشكلات المتعلقة بالطلاق من النفقة وغيرها والإلتجاء إلى المحاكم وما يترتب عليها من توتر وقلق وقد يستطيع الفرد أن يتوافق مع الطلاق ولكن بعد مرور فترة من الوقت ولكن هناك بعض الأفراد المطلقين يظلوا فى حالة قلق دائمة وقد تصبح سمة مرضية لدى تلك الحالات ولذا فقد يهددوا فى زيجاتهم بعدم التوافق الزواجى.

- كما يرجع الطلاق إلى عدم القدرة على العطاء وعدم نضج العلاقات الجنسية الغيرية وعدم القدرة على تحمل تبعات الحياة الزوجية وعدم التدريب على إتخاذ القرارات الصعبة وما يتبعها من الإحساس بسوء اختيار القرين.

- إن المطلقين يعانون من الشعور باختلال الأمن وعدم التوازن النفسى بسبب سوء معاملة الزوجة وعدم تقبلها لزوجها.

- التناقض بين الواقع الذى يعيش فيه الفرد وبين آماله وطموحاته كل هذا يساعد على القلق والتوتر العصبى.

- ومن أهم المشكلات التى تواجهها المرأة المطلقة المصرية هى المشكلات المادية ورعاية الأبناء وإعادة تنظيم حياتها العاطفية بعد الطلاق حيث تصبح فى حالة فراغ عاطفى.

- والنساء المطلقات غالباً ما يرجع شعورهن بالقلق إلى الخلافات المستمرة أثناء الزواج ويستمر الشعور بالقلق حتى بعد الطلاق نتيجة لإتخاذ قرار الطلاق والشعور بالفشل فى الزواج.

- الشعور بالقلق بسبب قيام الزوجة بدور الأم والأب بالإضافة إلى عدم تعود الأبناء على عدم وجود الأب وتعدد المسئوليات مما يزيد من قلق المرأة المطلقة.

- يرجع الطلاق إلى التاريخ العائلى للإضطراب الزواجى فنجد أن معظم المطلقين هم أبناء لأزواج غير متوافقين زواجياً.

- أما المتزوجين فهم أقل قلقاً ويرجع ذلك إلى التفاهم القائم بين الشريكين فى إشباع كل منهما حاجات الآخر كالحاجات الغريزية والعاطفية والشعور بالتقبل والاحترام والتنازل - وحل المشكلات بطرق إيجابية وبنائه تؤدى إلى الشعور بالثقة بالنفس والأمان النفسى والحب والتعاون مما يؤدى إلى القدرة على مواجهة أى مشكلات أسرية بإيجابية ومرونة تعمل على استمرارية الحياة الزوجية والتى تقوم على الألفة والتضحية وتحمل المسئولية والحب والسعادة.

- وبالنسبة إلى النتائج التى تشير إلى أن المرأة المصرية المتزوجة والمطلقة أكثر إستعداداً للميل العصابى والقلق كحالة/كسمة عن المرأة السعودية المتزوجة والمطلقة. فيمكن تفسير ذلك إلى إختلاف الظروف فى البيئتين من حيث الإختلاف فى العادات والحالات الاجتماعية والمستوى الاقتصادى الاجتماعى وبقية الظروف الأخرى الخاصة بالقوانين الشرعية الخاصة بالسعودية وبزواج البنت فى سن صغير جداً مما يجعلها أكثر عرضة للطلاق ويعتبر الطلاق فى الأسر السعودية شيء عادى ومألوف ولا تخلو أسرة من طلاق أحد أبنائها كما أن أبناء المطلقين لا يمثلوا مشكلة بالنسبة للسعودية إذ يأخذ الأب فى معظم الأحيان الأبناء ويتحمل مسئولياتهم مما يجعل المرأة السعودية أقل قلقاً وميلاً للعصابية عن المرأة المصرية إذ أنها تقوم بتحمل المسئوليات سواء المادية ورعاية الأبناء

ونظرة المجتمع إليها تختلف عن نظرة المجتمع السعودى للمرأة المطلقة مما يجعلها أكثر عرضة للتوتر والقلق والعصابية.

ثانياً: أكدت نتائج صحة الفرض الثانى حيث أشارت النتائج إلى أنه:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين المرأة المصرية المتزوجة والمرأة السعودية المتزوجة عند مستوى ٠,٠١ فى القلق كحالة، وعدم وجود فروق دالة بينهما فى القلق كسمة والفروق فى الميل العصابى والقلق كحالة لصالح المرأة المصرية بمعنى أن المرأة المصرية المتزوجة أكثر قلقاً وأكثر إستعداداً للإصابة بالعصاب عن المرأة السعودية المتزوجة ويمكن تفسير ذلك إلى أن المرأة المصرية المتزوجة تعانى من صراعات ومسئوليات عديدة وتتحمل كثيراً من الأعباء تؤدى إلى إرهاقها جسمياً ونفسياً وعقلياً فالمرأة المصرية المتزوجة تتحمل العديد من أعباء الأسرة كرعاية الأبناء والقيام بدور الأم والخادمة ومساعدة الزوج فى الأعباء المادية والأسرية كمساعدة الأهل مادياً أو خدمة الحماة أو أحد أقارب الزوج إذ أن ضغوط الحياة المادية والعملية والأسرية والصحية والوجدانية تزيد بكثير لدى المرأة المصرية المتزوجة عن المرأة السعودية المتزوجة والتى يتوفر لديها الجانب المادى - والخدم - والسائق - والمواصلات الخاصة ومن يقوم برعاية الأبناء سواء فى ملبسهم ومأكلهم ومذاكرتهم إذ أن المرأة السعودية تنعم بالرفاهية وعدم تحمل المسئولية كما أن الزوج هو المسئول الأول والأخير عن كل متطلبات الأسرة والخادمة هى المسئولة الثانية عن تحمل أعباء المنزل بكل أشكاله فمما هو جدير بالذكر أن تكون المرأة السعودية المتزوجة فى راحة تامة وإستقرار نفسى وذهنى مما يجعلها غير عرضة للتوتر أو القلق أو الاستعداد للعصابية.

ثالثاً: أكدت النتائج صحة الفرض الثالث حيث أشارت إلى أنه:

توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ بين المرأة المصرية المطلقة والمرأة السعودية المطلقة فى الميل العصابى لصالح المرأة المصرية، كما توجد فروق بينهما عند مستوى ٠,٠١ فى كل من القلق كحالة وكسمة لصالح المرأة المصرية المطلقة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن المرأة المصرية المطلقة أكثر قلقاً وتوتراً ويرجع ذلك إلى الأعباء التى تتحملها سواء المادية ورعاية الأبناء أو نظرة المجتمع إليها وكذلك مشكلات النفقة واللجوء للمحاكم - والقيام بدور الأب والأم فى آن واحد وغياب الأب والضغوط النفسية التى تتعرض إليها المطلقة بسبب الفشل فى الزواج وعدم الاحساس بالتوافق الشخصى والأسرى والشعور بعدم الثقة فى النفس وعدم الإحساس بالأمان النفسى والأسرى كل هذا يجعل المرأة المصرية أكثر عرضة للتوتر والقلق والإكتئاب والميل للعصابية بعكس المرأة السعودية المطلقة إذ أن ظاهرة الطلاق تعد وضع عادى جداً فى كل الأسر وتتقبلها الفتاة السعودية كوضع طبيعى ومألوف وحيث أن الزواج يتم فى سن مبكر لدى كل من الفتاة والفتى ويكونوا غير ناضجين فى جميع النواحى الشخصية مما يجعلهم أكثر عرضة للطلاق وأقل توتراً وقلقاً. لأن الحياة الزوجية بالنسبة للزوجات الغير ناضجات لا تمثل أى مسئولية بالنسبة لهن إنها تجربة عابرة وسوف يتم الزواج مرة أخرى بدون أى مشكلات حيث أن المطلقة السعودية لا تتعرض للضغوط أو المسئوليات أو رعاية الأبناء، الأب هو المسئول فى معظم الحالات مما يجعلها خالية من الصراعات الداخلية التى تؤدى للتوتر أو القلق وهى هنا يعكس المطلقة المصرية تماماً فى كل ما تتعرض له من ضغوط وهذه نتيجة منطقية للظروف البيئية المختلفة وللعادات المختلفة للزواج فى كلتا البلدين.

ثانياً: نتائج الدراسة الكلينيكية:

ينص الفرض الرابع على أنه «تكشف الدوافع والعوامل اللاشعورية التى تميز الحالات المتطرفة فى الميل العصابى والقلق لدى المتزوجات والمطلقات عن شخصياتهم وصراعاتهم».

وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم إختيار حالتان متزوجتان وحالتان مطلقتان من ضمن الحالات المتطرفة على استبيان الميل العصابى والقلق كحالة وكسمة وتم تطبيق

استمارة المقابلة الشخصية واختبار تفهم الموضوع إلى جانب المقابلات الحرة الطليقة، وتم تفسير استجابات الحالات وصولًا إلى الصورة الكلينيكية التى تكشف عن الدوافع والعوامل اللاشعورية التى تميز شخصياتهم وصراعاتهم أو غيرها مما يؤثر على نفسية كل من المتزوجات والمطلقات.

وفيما يلى عرض لهذه الحالات:

* **الحالات المتزوجة:**

الحالة الأولى: متزوجة (من مصر):

العمر/ ٣٠ سنة، الحالة الاجتماعية / متزوجة ولديها أبناء

المؤهل الدراسى/ ليسانس الآداب، العمل/ موظفة

الدرجات على المقاييس النفسية:

مقياس الميل العصابى ٢٠ مقياس حالة القلق ١٥

مقياس سمة القلق ١٣

تاريخ الحالة:

هى الابنة الرابعة ويسبقها ثلاثة من الأخوة، أخت ويليها اثنان من الذكور، والأب يعمل موظف بالحكومة وعمره (٥٥) عاماً ـ ودخله متوسط ـ وصحته جيدة ونمطه التسامح والطيبة يحب زوجته وأبنائه وأهله، أما الأم فهى ربة بيت وعمرها ٤٧ عاماً ترعى أبنائها وتتسم بالحنان والعطف على الأبناء والزوج وهى متفاهمة مع الزوج فى تربية أبنائها وتذكر أنها لم تستعمل القسوة فى تربية أبنائها بل تستخدم معهم أسلوب التفاهم والإقناع، أما الطريقة التى تربت عليها الحالة فى طفولتها فكانت تتسم بالتسامح والتفاهم وعدم القسوة وكانت مطيعة ومسالمة وهادئة ومهذبة ومتفاهمة مع الأخوة والأبوان، ولا تذكر الوقت الذى توقفت فيه عن بلل الفراش. ولم تعانى من أى نوبات عصبية أو تشنجات أو قضم الأظافر، بدأت حياتها الجنسية مع الزوج ولم تمارس الجنس قبل الزواج.

تدرجت فى دراستها حتى حصلت على ليسانس الآداب ولم ترسب فى سنوات الدراسة. وتزوجت فى سن الخامسة والعشرين بعد أن تسلمت عملها وساعدتها الأسرة فى الزواج وتعرفت على زوجها عن طريق العمل وتم التعارف ثم تمت الخطبة والزواج خلال ستة شهور، أحست فى زوجها الطيبة وحسن المعاملة والأدب والتدين والتفاهم والتقارب فى المؤهل الدراسى فالزوج حاصل على ليسانس آداب وهو من أسرة طيبة ومن مستوى أسرة الزوجة من حيث المستوى الاجتماعى والاقتصادى والتعليمى مما ساعد على تقارب وجهات النظر بينهما والتشاور فى كل الأمور وجعل حياتهما سعيدة وأنجبا طفلتان وهما متفاهمان فى تربيتهما ومتفقان على كيفية التصرف فى دخل الأسرة والزوجان محبوبان من الأهل والزملاء بالعمل والرؤساء كما أنهما طموحان أما عن حالتهما الصحية فهى جيدة والزوجان لا يشربان السجاير ولا يشربان سوى الشاى والقهوة ومتدينان ويصومان ويصليان ويتابعان السياسة وسماع الأخبار ولا يعانيان من الأحلام والكوابيس المفزعة.

الاستجابات على اختبار تفهم الموضوع:

تشير الاستجابة للوحة (٢) عن وجود علاقات أسرية قوية وإيجابية كما تكشف عن الجو الأسرى الملىء بالحب والحنان والتعاون كما يتضح لنا سيكولوجية الدور فالذكر هو المسئول عن العمل وتحمل المسئولية والإنجاز من أجل الأسرة مما يدل على قوة الأنا وكفاءته، أما اللوحة رقم ٣ (ف.ن) فهى توضح أن المفحوصة لديها إتجاهات إيجابية نحو الأسرة وتقوم بواجباتها نحو أفراد أسرتها وفى مجال العمل وتتمتع بنظرة إيجابية نحو البيئة ونحو الذات وهى غير إعتمادية وتتم القصة عن طموح المفحوصة وإتجاهاتها نحو مستقبل أبنائها وتخطى كل العقبات من أجل نجاح أبنائها وتفوقهم، أما إستجابة اللوحة رقم (٤) فهى توضح مرة أخرى العلاقة الأسرية السعيدة وقدرة الزوجان على كيفية التخلص من أى صعوبات تواجهها والتضحية والمثابرة على تحقيق الذات وذلك من خلال قيام كل فرد بدوره وبقيام علاقة طيبة ومتفاهمة بين أفراد الأسرة، وتوضح الاستجابة رقم ٦ (ف.ن) عن كفاءة الأنا لدى المفحوصة والقدرة على القيام بالمهام وعلى التفهم والتعاون كما تدل الاستجابة على الإتجاهات الطيبة نحو الزوج والأبناء وعن العلاقات الأسرية المبنية على التفاهم والمشاركة فى إتخاذ القرارات كما توضح القصة التأييد الأسرى، أما اللوحة رقم ٨ (ف.ن) فهى توضح مدى قلق

المفحوصة وإنتظارها وحيرتها وخوفها على الزوج وهذا يوضح مدى الحب والتماسك الأسرى، وتشير اللوحة رقم (١٠) عن العلاقة بين الزوجين وعن قيام الأب بالدور الذكرى وتحمل المسئولية، كما تدل القصة عن قوة الأنا للبطل والاعتماد على النفس والقــدرة على التكيف مع المشكلات والعــمل على تخطيهـا وهذا يدل على الاستقرار والأمـان النفسى والتوافق الزواجي، أما اللوحة رقم (١٢) فهى توضح لنا أن المفحوصة لديها مفهوم ذات قوى ونظرتها إيجابية نحو الحياة كما يتضح لنا أننا أمام شخصية سوية، واللوحة رقم ١٣ (ف.ن) تشير إلى أن الأنا الأعلى لبطلة القصة قاسى وصارم وجاد وتخاف الله وإن لديها القدرة على المحافظة على أسرتها ويتضح من سياق القصة أن الحاجات الجنسية لدى المفحوصة مشبعة كالحاجة للأمــومــة والحــاجــة للجنس من خــلال العــلاقــة الزواجــيــة المشروعة، وفى اللوحة رقم (١٦) البيضاء فتشير إلى دور كل من الأب والأم فالأب هو الذى يقوم بالدور الذكرى والأم هى رمز الحب والتضـحـيـة وهذا ينم عن أننا أمـام شـخـصـيـتـان مسئولتان وذو شخصية صارمة وجادة وتعمل من أجل سعادة الأسرة ونجاحهـا، أما اللوحة رقم ١٨ (ف.ن) فهى إستكمال للقصـة السابقة فتشير إلى الاتجاهات الإيجابية نحو الزوج والأبناء والأهل كـما تشير إلى نظرة المفحوصة للبيئة فهى ودودة ومتعاونة كما أن صورة الذات لدى المفحوصة إيجابية وجادة ولقد نجحت المفحوصة فى تكوين قصة غير عدوانية وهذا يدل على حاجة ملحة إلى كبت العدوان مع القدرة على ضبط النفس والإنفعالات.

الحالة الثانية: متزوجة و «من السعودية»:

العمر/ ٢٥ سنة ، الحالة الاجتماعية/ متزوجة ولديها أبناء.

المؤهل الدراسى/ بكالوريوس التربية ، العمل/ مدرسة.

الدرجات على المقاييس النفسية:

مقياس الميل العصابى ١٤،

مقياس حالة القلق ١٢،

مقياس سمة القلق ١٠

تاريخ الحالة:

هى الخامسة فى الترتيب الميلادى يسبقها فى الميلاد اثنتين من الإناث واثنين من الذكور والأب يعمل موظف وهو من النمط الطيب والحــازم أمــا الأم فـهى ربة بيت طيـبـة ومتسامحة، تربت الحالة فى طفولتها بطريقة بسيطة وسهلة وإن كان هناك بعض القيود من الأب والأخ الأكبر وكانت فى طفـولتـهـا من النوع المسـالم الهـادىء الطبع لم تصب بأى اضطرابات عصبية أو تشنجات وقد توقفت عن بلال فراشها فى سن كبير، بدأت حياتها الجنسية منذ سن البلوغ ولم يكن لها أى خبرات جنسية قبل الزواج، تدرجت فى دراستها حتى تخرجت من كلية التربية والدراسة كانت هدف أساسى فى حـيـاتهـا ولم ترسب فى سنوات الدراسة، وقد تزوجت أثناء الدراسة وهى بالمرحلة الثانوية وكان عمرها خمسة عشر عاماً وقد تقدم الزوج للأسرة ووافق عليه الوالد لما شعر فيه من رجولة وإعتماد على النفس والقدرة على تحمل المسئولية وهو حاصل على ثانوية عامة ويعمل بإحدى الوظائف الحكومية وقد تم الزواج وعاشوا فترة مع أسرة الزوج ثم أخذوا شقة وأنجبا أطفالهما الأربعة وقد شعرت بالإرتياح والطمأنينة بعد الإنجاب وتذكر أن الزوج إنسان طيب ومتعاون ومتفاهم وهى موفقة فى زواجها وفى عملها. أما عن الحالة الصحية فهى جيدة وإن كانت تعانى من بعض أمراض النساء، ولا تعانى من الكوابيس الليلية أو الأحلام المزعجة.

الاستجابات على إختبار تفهم الموضوع:

تشير اللوحة رقم (٢) عن الاتجاهات نحو الأسرة وعن العلاقة بين الزوجين والأبناء كما تظهر سيكولوجية الدور الذكرى فالرجل هو المسئول عن الأسرة وعن حمايتها أما دور الأم هنا فهو هامشى إذ أنها تعتمد على المربية فى شئون المنزل ورعاية الأبناء، أما اللوحة رقم ٣ (ف.ن) فتكشف عن نظرة إيجابية نحو البيئة ونحو الذات كما أن المفحوصة لديها نزعات دينية وتخاف الله ويظهر ذلك فى محاولتها إشباع حاجات الزوج الجنسية، وكذلك تأنيب الضمير لإعتمادها على المربية فى رعاية الأبناء، وفى اللوحة (٤) يتضح لنا العلاقة القائمة بين الزوجين فهى علاقة طيبة وإن كان هناك بعض المشكلات ولكن المفحوصة قادرة على حلها وبذكاء عالى

حيث قامت بمداعبته ولبس الحلى وإغرائه وتظهر هنا ميول نرجسية وحاجة للجاذبية والجنسية لدى المفحوصة، أما اللوحة رقم ٦ (ف.ن) تكشف القصة عن دور كل من الزوجين كما تشير إلى وجود بعض المشكلات القائمة بين الزوجين ولكن المفحوصة تحاول أن تتخطى تلك المشكلات خوفاً من وقوع زوجها فريسة لإمرأة أخرى وهنا يظهر لنا العمل على إستحواذ المفحوصة بالزوج والخوف عليه، وفي اللوحة رقم ٨ (ف.ن) الزوجة في حيرة وقد راودتها الأفكار ولعب الشيطان بتفكيرها وخشت أن لا يعود الزوج وخافت عليه وهذا يدل على حب الإستحواذ بالزوج مع عدم الشعور بالأمان من غيره، أما اللوحة رقم (١٠) تشير الإستجابة إلى مسئولية الرجل ودوره كما تشير إلى أن المفحوصة لا تفصل بين الشق الشهواني والشق العاطفي فعلاقاتها الجنسية مع الزوج طيبة كما أن إتجاهاتها نحوه إيجابية، أما اللوحة رقم (١٢) تشير إلى علاقة المفحوصة بأبنائها وما يسودها من حب وتفاهم ويوجد نوع من السلطة الموجبة من قبل الأب ويتضح ذلك في قلق الأب على أبنائه وإهتمامه بهم وأما عن الذات فتظهر لدى المفحوصة قدر لا بأس به من التضحية ولا يوجد لدى المفحوصة إنفعالات أو ضغوط غير سوية، وفي اللوحة رقم (١٣) (ف.ن) وتدور القصة حول علاقة كل من الزوج والزوجة وما يسودها من حب وعطف وأخذ وعطاء بينهما ومن ناحية الذات تظهر المفحوصة قدر لا بأس به من الطموحات وصورة الذات لدى المفحوصة قوية أما أي صعاب وخاصة عندما إتخذت الصوم والصلاة والعبادة كدفاع ضد الأفكار التي كانت تراودها ضد الزوج، أما اللوحة البيضاء رقم (١٦) فتحكي قصة عن حياة المفحوصة وعن علاقتها بزوجها وأبنائها وعن الأحداث التي تمر بها وعن البيئة الودودة الآمنة واتجاه المفحوصة الايجابي نحو الزوج والأبناء، كما تكشف عن وجود علاقات جيدة بين المفحوصة والأهل والأصدقاء والزملاء وتدل القصة على أن حاجات المفحوصة مشبعة وخاصة الحاجة للحب والحنان والأمان النفسي ولا يوجد أي انفعالات غير سوية أو ضغوط، وفي اللوحة رقم ١٨ (ف.ن) فتكشف القصة عن استجابات طيبة نحو الآخرين مبنية على الحب والتعاون والاهتمام وتدل القصة عن اشباع حاجات المفحوصة.

الحالتان المطلقتان:

الحالة الأولى : من مصر (مطلقة)

العمر/ ٣٠ سنة

الحالة الاجتماعية/ متزوجة ولديها أبناء

المؤهل الدراسي/ ليسانس الآداب

العمل/ موظفة

الدرجات على المقاييس النفسية:

مقياس الميل العصابي ٣٥، مقياس حالة القلق ٢٨، مقياس سمة القلق ٢٤.

تاريخ الحالة:

هي الرابعة في الترتيب ويسبقها شقيقان وشقيقة وكانت العلاقة بين الوالدين قائمة على الخلافات والمشاكل الدائمة، والوالد يعمل موظف ونمطه العصبية والتسلط والاستبداد بالرأي وتذكر الحالة أنه كان يقسو عليها وعلى أختها. وتذكر الحالة أن الوالد مصاب بضغط الدم، أما الأم فهي ربة بيت ولا تعمل ونمطها اللامبالاة والسلبية وحالتها الصحية غير مستقرة فهي تعاني من صداع دائم وآلام بالصدر والركب وضيق بالتنفس، وتذكر الحالة أنها كانت في طفولتها هادئة ولم تصب بأي تشنجات عصبية وإن كانت تعاني من الكوابيس المخيفة، وتذكر أنها لن تتذكر متى توقفت عن تبلل فراشها وهي تمارس العادة السرية منذ فترة وعندما بلغت كانت خائفة وفي حيرة وقلق ولكن والدتها هدأت من خوفها، وقد تزوجت بعد تخرجها وكان زوجها يعمل معها وهو يكبرها بعشر سنوات وكانت تأخذ مشورته في أمور كثيرة وقد عطف عليها وأحبته وتم الزواج وأنجبت منه طفلان وكانوا سعداء في بداية الزواج ولكن بعد الإنجاب زادت الخلافات بينهما وطلبت الحالة من الزوج الطلاق وقد تم بعد مساومات كثيرة.

الاستجابات على اختبار تفهم الموضوع:

تبدأ استجابة الحالة للوحة رقم (٢) بتناول البيئة فهي مرة فقيرة ومرة أخرى ودودة وهذا يشير إلى الحرمان العاطفي والتناقض الوجداني. كما تكشف القصة عن نظرة سلبية تجاه

الرجال وعن الحرمان الجنسى والصراع بين واجبات العمل والأبناء وعدم الإحساس بالأمان النفسى والشعور بالإحباط والفشل فى الزواج، أما اللوحة رقم ٣ (ف.ن) فهى مليئة بالتناقض والثنائية الوجدانية حب/كره، وتظهر صورة الذات سلبية وضعيفة وتنهار. أما الضغوط فالأنا هنا غير كفء وهذا ينم عن صراع بين رغبات الهو والأنا الأعلى، كما تكشف القصة عن ميول عدوانية تجاه الرجال ويظهر قدر كبير من القلق والضغط الجنسى وعدم القدرة على مصاحبة الجنس الآخر كما تبدو نزعات اكتئابية، وفى اللوحة رقم (٤) تكشف القصة عن اضطرابات العلاقة بين الزوجين كما يظهر الجوع العاطفى والاتجاه السلبى نحو الأب حيث أنه معوق للأبناء وقاسى ولا يهتم بأبنائه وصورة الذات فيها تشويه فقدان الثقة فى النفس وعدم الشعور بالأمان النفسى وسوء التوافق الجنسى والتنافر الأسرى وعدم الاستقرار العائلى كما تشبع القصة بعناصر القلق والاكتئاب والتقلب الوجدانى، أما اللوحة (٦) (ف.ن) فالقصة تدور حول مشكلات الزواج وإلى النظرة السلبية حيال الرجال فهو غير وفى وخائن وينتهز الفرصة ليشتهى جنسيا. والقصة تكشف عن ميول عدوانية تجاه الرجال وعدم الشعور بالحب والاحترام بين الزوجين مع عدم تحقيق الذات من خلال الزواج، أما اللوحة رقم ٨ (ف.ن) فيظهر فى القصة الصراع الداخلى لدى المفحوصة والعدوانية الموجهة نحو الآخرين كما تبين القصة ضعف الذات لدى المفحوصة، وفى اللوحة رقم (١٠) ويتضح من سياق القصة ضعف الذات لدى المفحوصة أيضاً . يتضح من سياق القصة أن استجابة المفحوصة تدور حول المشكلات الأسرية واتجاهاتها السلبية نحو الزوج والبيئة، والصراع بين رغبات الهو والأنا الأعلى مما يزيد لديها التوتر والقلق، أما اللوحة رقم (١٢) فهى توضح صورة الأب القاسى الغير مسئول والذى ترك أبنائه جوعى وهذا دليل على الجوع العاطفى والحرمان من الحب والحنان داخل الأسرة كما يتضح هنا التنافر الأسرى ووجود علامات القلق والحزن، وفى اللوحة رقم ١٣ (ف.ن) فهى تشير إلى سوء العلاقات الأسرية والمشكلات التى لا تجد لها حلول وهذا ينم عن أنا غير كفء ومفهوم ذات سلبى لدى المفحوصة وكذلك استطاعت أن تتجاهل المنظر الجنسى مما يدل على كبت المثيرات الجنسية كما تظهر صورة الأب السلبية والعدوانية الموجهة إليه، أما اللوحة رقم (١٦) البيضاء فاستطاعت المفحوصة أن تتعين ذاتيا ببطل القصة حيث أظهرت اتجاهاتها نحو الزوج الذى يمثل صورة طبق الأصل من الأب فى قسوته وتسلطه كما أوضحت القصة نرجسية الزوج وحبه لنفسه وكذلك الصراع القائم بين الزوجين وتشويه صورة الرجل وتمزيقها أخلاقيا وميله إلى العلاقات الغير شرعية كذلك سيطر على القصة مشاعر القلق والخوف على المستقبل، أما اللوحة رقم (١٨) فتشير إلى اتجاهات المفحوصة السلبية والعدوانية نحو الزوج، كما تعكس القصة مدى القلق والخوف على الأبناء من الوقوع فى مشكلات من هذا النوع وهذا ينم عن تشويه للذات وأنا ضعيف ولا يستطيع القيام بواجباته وهذا يبين عجز الذات وسوء واضطراب العلاقة بالآخر.

الحالة الثانية : من السعودية (مطلقة) :

العمر/ ٣٠ سنة

الحالة الاجتماعية/ مطلقة ولديها أبناء

المؤهل الدراسى/ بكالوريوس تربية

العمل/ مدرسة

الدرجات على المقاييس النفسية:

مقياس الميل العصابى ٣٠، مقياس حالة القلق ٢٥، مقياس سمة القلق ٢٢.

تاريخ الحالة:

هى الخامسة فى الترتيب بين أخواتها الستة وجميع الأخوة بمراحل التعليم والأب يعمل عسكرى ونمطه العصبية والقسوة والشدة. والأم ربة بيت ونمطها اللامبالاة وهى مريضة وتعانى من الحساسية والكلى، وتذكر الحالة أنها كانت فى طفولتها عصبية وكثيرة البكاء ولكنها لم تصب بأى شيء كالتشنجات أو الأمراض العصبية وإن كانت تعانى من الصداع دائما، كما أنها تعانى من حلم مخيف، ولن تتذكر متى توقفت عن تبلل فراشها، وقد أدركت البلوغ والفروق الجنسية بعد

بلوغها وقد تزوجت أثناء دراستها بالمرحلة الثانوية من شخص زميل والدها بالعمل وهو موظف بالقوات العسكرية وحاصل على ثانوية عامة وقد أنجبت منه أربعة أطفال ونمطه العصبية وكان يعاملها بقسوة هى والأبناء ولم يهتم برعايتهم وزادت المشاكل والخلافات بين الزوجين مما أدى إلى إنتهاء الحياة الزوجية بينهما وتم الطلاق.

الاستجابات على اختبار تفهم الموضوع:

تبدأ استجابة المفحوصة للوحة رقم (٢) بإعطاء صورة غير آمنة وغير ودودة وصعبة للبيئة، أما اتجاهاتها نحو الوالد فهى سلبية وهو قاسى ومهمل أما الأم فهى الحنونة العطائة ومصدر الأمان ويتضح تثبيت المفحوصة على الموقف الأوديبى أما الذات فتنهار أمام الضغوط الداخلية والخارجية ويظهر لدى المفحوصة الضغط الأسرى والحرمان العاطفى والأمان النفسى، أما اللوحة رقم ٣ (ف.ن) فهى توضح الصراع اللاشعورى لدى المفحوصة وتستخدم ميكانيزم التبرير بتحمل فشلها فى الزواج لكل من الزوج والأب. كما أن لديها رغبة لا شعورية فى إقامة علاقات غير شرعية ولكنها تندم وتتوب وتشعر بالذنب وتأنب نفسها وهذا دليل على قسوة الأنا الأعلى لديها ويبدو أن المفحوصة تعانى من ضغوط جنسية وعدم الإحساس بالحب والاستقرار أما اللوحة رقم (٤) فهى تشير إلى سوء العلاقات الزوجية والحرمان العاطفى كما تكشف عن صورة الأب المعوق للأبناء، وإن صورة الذات لدى المفحوصة مشوهة كما تظهر بعض المشكلات الجنسية حيث أنها تجاهلت صورة المرأة العارية، وفى اللوحة رقم (٦) (ف.ن) فتشير القصة إلى إقامة علاقات جنسية غير مشروعة وعن اضطراب العلاقة الزوجية كما تكشف عن ميول عدوانية تجاه الرجال وعن تحقير للذات وعقابها، أما فى اللوحة رقم (٨) (ف.ن) يظهر لدى المفحوصة ميول انتقامية تجاه صورة الأب، مع حاجتها للمساعدة والعون حيث أنها غير قادرة على مواجهة المشكلات وهذا ينم عن مفهوم ذات سلبى وأنا غير كفء. وفى اللوحة رقم (١٠) فتشير للتناقض الوجدانى والجوع العاطفى مع اضطراب للعلاقات الزوجية والشعور بأن البيئة غير آمنة وصعبة كما تدل القصة عن عدم الشعور بالثقة بالنفس والرغبة فى الخضوع والاستسلام والسلبية. وتظهر مرة أخرى لدى المفحوصة الرغبة الجنسية الغيرية والممارسات الجنسية غير الشرعية، أما اللوحة رقم (١٢) تشير إلى اتجاه المفحوصة السلبى حيال الأب الغير مسئول كما تدل على جنسية غيرية كامنة لدى المحفوصة أما الأم فهى التى ترعى وتحب، أما عن طموحاتها فهى محدودة ومفهومها عن ذاتها سلبى ويتضح لنا ضغط الحرمان والنبذ والتنافر الأسرى وعدم التأييد الأسرى. وفى اللوحة رقم ١٣ (ر.ن) تشير إلى عدم قيام الأب بدوره الذكرى وعن كبت للمثيرات الجنسية كما يظهر لدى المحفوصة مشاعر الرفض والشعور بالقلق والحزن والخوف على الأبناء، أما اللوحة رقم (١٦) البيضاء تحكى القصة جزء عن حياة المفحوصة وعن علاقتها بزوجها وأبنائها وعن البيئة الغير آمنة والغير ودودة، كما تشير إلى اتجاه المفحوصة السلبى حيال كل من الزوج والأب وعن العدوانية تجاههما، كما تكشف القصة عن جنسية غيرية كامنة وتقلب وجدانى وجوع عاطفى وعن القلق والتوتر والعدوانية الموجهة نحو الذات كما تكشف عن ضغط السيطرة والحرمان وفقدان الأمان الأسرى. وفى اللوحة رقم (١٨) تعينت المفحوصة ببطل القصة التى تدور أحداثها حول حياة المفحوصة واتجاهها نحو الزوج والأب وقسوة وإهمال كل منهما للأبناء وتحمل والدها فشلها فى الزواج. أما صورة الأم فهى حنونة ولكن لا حول ولا قوة لها فهى شخصية سلبية وهذا يكشف لنا عن تثبيت المفحوصة على الموقف الأوديبى وتدل القصة على أن المفحوصة غير طموحة وأن مفهوم الذات لديها سلبى وأنها تحمل فى ثناياها كره وعدوان ضد صورة الرجل كما يغلب على القصة مشاعر القلق والإكتئاب.

التعليق على الحالات المتطرفة فى الميل العصابى والقلق كحالة/كسمة:

يتضح من العرض السابق لتاريخ الحالة والاستجابات على اختبار تفهم الموضوع للحالات الأربعة أن هناك فروقاً واضحة بين المتزوجات والمطلقات وذلك على النحو التالى:

الحالتان المتزوجتان:

- اتضح أن معظم القصص تعمل فى مستوى تعاونى بالمصلحة المشتركة للأسرة مع وجود الحب والتعاون والتفاهم واتخاذ الرأى والتشاور فى الأمور بين الزوجين.

- استطاعة كل من الزوجين حل ما يواجههما من مصاعب ومشاكل وهذا دليل على قوة الأنا وتماسكه حيال الصعاب.

- تقبل كل من الزوجين للأدوار الأساسية لكل منهما والقدرة على استخدام الجانب العقلى كمصدر للتكيف والتوافق الزواجى.

- قدرة كل من الزوجين على إقامة علاقات إيجابية تتسم بالأخذ والعطاء والحب نحو الأهل والأصدقاء - كما تبدو صورة الذات الايجابية لدى الحالتان.

- القدرة على إقامة علاقات بالآخرين خالية من العدوان.

- الاتجاهات الايجابية نحو كل من الأب والأم.

- عدم وجود ضغوط ملحة وانفعالات شديدة أو قلق يؤدى إلى عدم السواء لدى المتزوجات مما يجعلهم أكثر قدرة على التوافق فى مجالات الحياة المختلفة والقدرة على الصمود أمام الضغوط الداخلية الخارجية، كما تكشف استجابات المتزوجات عن النظرة الايجابية والودودة نحو البيئة ونحو الآخرين.

الحالتان المطلقتان :

- تتسم العلاقة بالوالد بالتباعد والسلبية وتحمل فى ثناياها عدوان دفين - وتتسم بالألم والقسوة والسيطرة وحب النفس والشعور بالاحباط.

- يتضح من خلال القصص أن المطلقات لديهم كبت للشهوة والجنس والحب وحالة فقر وجدانى ويوجد لديهم صراعات عصابية عنيفة ومشاعر من القلق فى معظم الاستجابات.

- وتتسم العلاقات الزوجية بالسلبية والخلافات والمشكلات الدائمة.

- كما تتسم اتجاهاتهم بالسلبية نحو البيئة والأسرة والرجال.

- وتظهر لديهم الضغوط الجنسية والتنافر الأسرى والضغط المادى.

- فظهر بوضوح العدوانية الموجهة نحو كل من الأب والزوج.

- تبدو صورة الذات سلبية وضعيفة والأنا غير كفء.

- تتسم سمات شخصيتهم بالتوتر والخوف والقلق مما يجعلهم أكثر عرضة للميل العصابى.

هذا وتتفق نتائج الدراسة الكلينيكية عن الدوافع والعوامل اللاشعورية لدى المتزوجات والمطلقات المصريات والسعوديات عن شخصياتهم وصراعاتهم مع دراسة كل من إيتوج ومالسروم Etouge &Molstrom, (1981) مارى حبيب (١٩٨٣)، عواطف صالح (١٩٩٠).

التوصيات

- لابد من وجود وسائل الإعلام لعرض الأفلام التوضيحية ومناقشة العلاقات والتفاعلات المتبادلة بين الأسرة والمجتمع وبين الزوج والزوجة.

- يجب الاهتمام بالتعليم الرسمى للزواج فى المدارس والجامعات بواسطة السوسيولوجيين والسيكولوجيين والأطباء وهيئات استشارية لتوجيه العلاقات الأسرية، ولكى تعطى خلفية واهتمام عن الزواج وتقديم ما هو جدير لإسعاد الأسرة وتقديم ما يمكن تقديمه للمتزوجين والعمل على توجيههم وإعطائهم الحل المناسب لمشاكلهم.

- يجب أن يتم عن طريق أجهزة الإعلام سرد بعض القصص والحكايات التى تدعو للتخلص من المشاكل الزواجية والتخلص من بعض سمات الشخصية السيئة، وعرض قصص كعلاج سلوكى للأزواج لطرد المشاعر السلبية بين الزوجين، كذلك عرض أفلام خاصة بالتربية الجنسية والتربية الزواجية.

- إمداد المتزوجين بمعلومات قبل الزواج.

- مساعدة الفرد فى اختيار القرين فى ضوء القيم والتكافؤ بين الطرفين.

- يجب أن تكون العلاقة بين الزوجين قائمة على الاحترام المتبادل والثقة والصدق والإخلاص والحب وحسن العشرة والصحبة والقيام بالواجبات فى حدود الامكانيات، والمشاركة فى السراء والضراء.

- يجب أن يكون الزوجين متكافئين من حيث المستوى التعليمى - مستوى الأسرة - الخلفية الاجتماعية والاقتصادية والعمر.

- يجب التحلى بالصبر عند مواجهة أى مشكلات زواجية.

- يجب أن تبنى العلاقات الزواجية على الصراحة والصدق والحب والإخلاص والأمانة والعفة والتعاون.

- يجب حل أى خلافات أسرية بعيدا عن أعين الأبناء وتنشئتهم تنشئة سليمة فى مراحل الطفولة والمراهقة حتى يكونوا أزواجاً سعداء فى المستقبل.

- يجب أن تكون أساليب المعاملة الوالدية سوية وغير قاسية كما يجب أن تكون التربية الجنسية لهم سليمة وغير مضللة لكى لا تنعكس على حياتهم الجنسية عند الزواج.

- يجب زواج الأبناء من شركاء مناسبين لهم كما يجب مساعدتهم لكى يصمدوا أمام الحياة الزواجية.

- يجب أن يتصف الوالدان بالثبات والتعقل فى معالجة الأمور.

- يجب الاتزان العاطفى للوالدين فى معاملة الأبناء لكى لا ينعكس عليهم فى مستقبل حياتهم الزواجية.

- يجب عدم الضغط على الأبناء بالزواج من أشخاص لا يرغبون الزواج منهم.

- كما يجب قيام هيئات تتخصص فى إنشاء مكاتب استشارية للمقبلين على الزواج وإقامة عيادات متخصصة للإرشاد الزواجى ومراكز متخصصة فى خدمة الأسرة وحل المشاكل ومساعدة كل من الزوجين وإرشادهم من أجل قيام أسرة وحياة سعيدة وموفقة.

المراجع العربية :

١ - إجلال محمد سرى (١٩٨٢): التوافق النفسى لدى الدارسات المتزوجات والمطلقات وعلاقته ببعض مظاهر الشخصية، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية - جامعة عين شمس.

٢ - بدران أبوالعينين بدران (١٩٧٤): الزواج والطلاق فى الإسلام، فقه مقارن بين المذاهب الأربعة السنية والمذهب الجعفرى والقانونى، الاسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، ص ٢٠.

٣ - سبيلبرجر، إعداد أحمد عبدالخالق (١٩٨٤): قائمة القلق: كراسة التعليمات، الطبعة المنقحة، دار المعرفة الجامعية - الأسكندرية، ص٣-٤.

٤ - سيد سابق: فقه السنة (نظام الأسرة، والحدود والجنايات)، القاهرة، مكتبة المسلم ب ت، ص٢٠٦، ٢٠٩.

٥ - عبدالظاهر الطيب (١٩٧٧): العصاب القهرى وتشخيصه باستخدام اختبار تفهم الموضوع، تقديم صلاح مخيمر، طنطا مكتبة سماح.

٦ - عواطف حسين صالح (١٩٨٩): دراسة لبعض المتغيرات النفسية لدى المتزوجين والمطلقين، رسالة دكتوراة غير منشورة - كلية الآداب - جامعة الزقازيق.

٧ - عادل سركيس: الزواج وتطور المجتمع، القاهرة، دار الكتاب العربى، ب ت، ص١٣٧.

٨ - عمر رضا كحالة (١٩٧٧): الزواج، ط ١، الجزء الأول، دمشق، مؤسسة الرسالة، ص١١.

٩ - فؤاد البهى السيد (١٩٧٩): علم النفس الإحصائى وقياس العقل البشرى، القاهرة، دار الفكر العربى.

١٠ - مارى عبدالله حبيب (١٩٨٣): الادراك المتبادل للزوجين فى العلاقات الزوجية المتوترة (دراسة إكلينيكية فينومينولوجية)، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية البنات - جامعة عين شمس.

١١ - هول - كك ليندرى ج. (١٩٧١): نظريات الشخصية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

١٢ - ويلوبى (ريمولد) (١٩٧٧): إعداد محمد عبدالخالق: قائمة ويلوبى للميل العصابى، كراسة التعليمات، دار بورسعيد للطباعة.

المراجع الأجنبية

1- **Aschwebel, S.J. and Fine. Mark, A. (1986)**: The impact of custodiol arrangement and the adjustement of recently divorced fathers. Journal of divorce, Vol., 9. No. (7).

2 - **Bass, S. (1982)**: Woman,s adjustment of divorce emotional and social changes and the Role of Traditionality Dissertation Abstracts International, Vol. 43, No (4). (B).

3- **Blood, B.' and Bllod, M. (1978)**: Marriage, the free press, 3rd Ed. New York, P.55.

4- **Brunton, J.J. (1982)**: Selfestem, self concept and divorced wonmen, Disserration Abstracts International, Vol.43. (2) . (B).

5. **Etauge, C. and Molstrom, J. (1981)**: The effect of marital status and person perception, Journal of marriage and the family, vol. 43, No. (4).

6- **Ferguson, G.A. (1984)**: statistical analysis in psycology and education, 5th. Ed singapore, Mc Graw Hill inter, Book Co.

7- **Lee, K.W. (1983)**: The relationship of anxiety and emotional distance factors in differentiation of self and rigidity, flexibility to marital conflicts, Dissertation abstracts International. Vol. 44. No. (2). (B).

8- **MccAbe, M.E. (1982)**: Coping strategies of urban divorced Women at the time of divorce and six months later. Dissertation . Abstracts International, Vol. 42, No. (10).

9- **Menoghan E.G. and Lieberman, M.A. (1986):** Changes indepresion following divorce: A panel study, Journal of marriage and the family, vol. 48, No. (2).

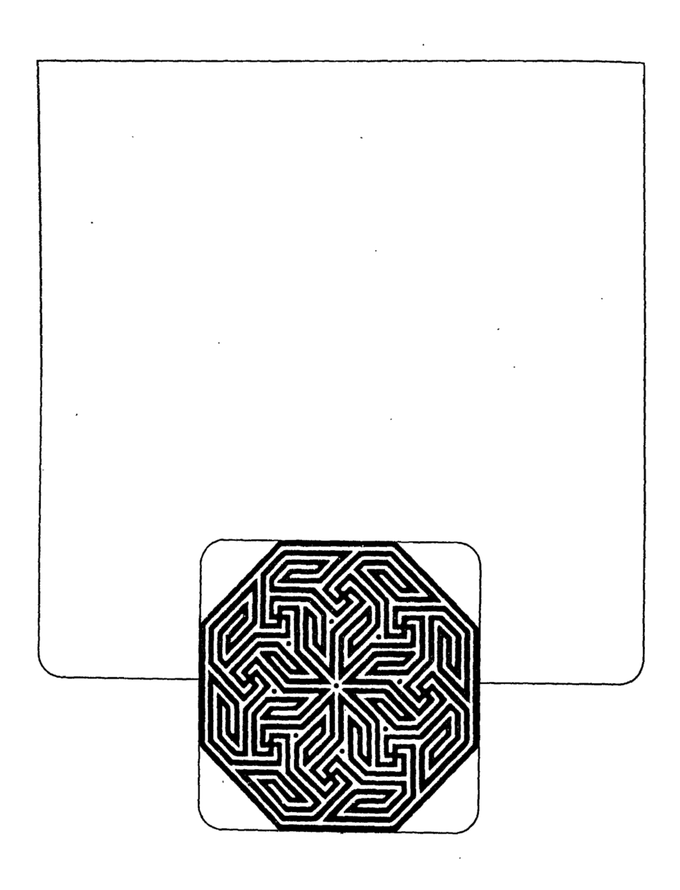
10- **Schubert, S. and Sharon, C. (1982)**: The relationship of sex role orientation to anxiety, depress and Marital Adjustment among women who are wives or partenars of vitnam veterans identified as suffering Delayed stress, Dissertation, abstracts. International Vol. 46, No. (1).

11- **Shapiro I.H. (1978)**; A comparison of caunseling M.M. P. I Profiles of couples Remain Maried with those who divorce, Dissertation Abstracts international, Vol. 38. No. (7). (A).

12 - **Spielberger, C.D., Gorsuca, R.I., and Lushne, R.E. (1970)**: Manual for the state trit anxiety inventory . Californica, Consu. Psych. Press.

13- **Stock. M.S. (1970)**;Separation anxiety in college women, Dissertation Abstracts, International, Vol. 30, No. (8).

14- **Weingarten, H.R. (1989)**: Marital status and well being a national study comparing first married currently divorced and remarried adult Journal of Marriage and the Family, Vol. 47. No. (4).



الفنيات العلاجية السلوكية للمخاوف المرضية من المدرسة «عرض ونقد»

د. عبد الرحمن سيد سليمان
قسم الصحة النفسية
بكليتى التربية ـ جامعتى عين شمس وقطر

مقدمة الدراسة أهدافها، مشكلتها

يظهر عديد من الأطفال مخاوف متباينة ومستويات من القلق لدى وجودهم بالمدرسة، خاصة عند بدء إلتحاقهم بها ومن ثم تعد المخاوف المرضية من المدرسة واحدة من أكثر زملات الأعراض المرضية إنتشارا بين صغار الأطفال.

وقد تصدى نفر من الباحثين المهتمين بهذا الاضطراب لدى الأطفال لتعريفه وتحديد معناه وتكاد تجتمع تلك التعريفات على أنه يتمثل فى صعوبة فى المواظبة على الذهاب إلى المدرسة، وأنه يتخلل هذه الصعوبة ويصاحبها إضطراب على المستوى الإنفعالى يتباين فى حدته وشدته من طفل لآخر. وأن هناك مشكلات تواجه الطفل على المستوى البدنى، وانعصابية، وإصرار من جانب الطفل على البقاء بالبيت بعلم من والديه، إلا أن جميع التعريفات تجمع على أن المخاوف المرضية من المدرسة يغيب فيها السلوك ضد اجتماعى Antisocial behavior. وقد اعتبر بعضهم أن هذا الشق الأخير عنصرا على قدر كبير من الأهمية عند تحديد هذا النوع من المخاوف. إذ يرى «بيرج وزملاؤه» أن المخاوف المرضية من المدرسة «حالة من الاضطراب تظهر فى سلوك الطفل قبيل ذهابه إلى المدرسة، ويصاحبها نوع من القلق، ورغبة فى الجلوس فى البيت تحت علم ومراقبة الوالدين، علما بأن هؤلاء الأطفال عادة لا يعانون أية مشكلات اجتماعية (berg et al., 1969, 131).

ولاتخرج التعريفات التى تناولت هذا الاضطراب عن المحاور التى ذكرناها توا، ويمكن أن نلاحظ ذلك إذا أشرنا إلى بعض التعريفات على سبيل المثال لا الحصر:

نجد «كيلى» Kelly (١٩٧٣) يصفها بأنها «بغض أو كره تام من قبل الطفل تجاه المدرسة، لذا يعانى الطفل فى هذه الحالة من مخاوف حادة وعميقة عند أخذه للمدرسة. وكنتيجة لهذا يحاول الطفل دائما أن يتجنب الذهاب إليها، ويلتزم بالبقاء فى البيت، ومن ثم تنعكس آثار هذا الإحجام والهروب على صحة الطفل النفسية، ونموه التربوى. «إذ أن الطفل حين يرفض الذهاب إلى المدرسة يكون هذا نتيجة لقلق حاد يعانى

منه، وقد يصاحب هذا القلق بعض الأعراض المرضية الجسمية كالصداع أو الاسهال، أو ارتفاع فى درجة الحرارة وما إلى ذلك.

أما «هيسيا» Hisa (١٩٨٤) فيصف المخاوف المرضية من المدرسة بأنها خوف مفرط مبالغ فيه وغير معقول نحو مثيرات مدرسية معينة مثل حجم المدرسة، ضغط الاختبارات، الرسوب المتكرر، علاقات مضطربة مع الاقران، المعلمين، ضغط من قبل الوالدين على الطفل نتيجة عدم تحقيقه لطموحاتهم وأخيرا ضعف القدرات العقلية.

ويرى «بلاج» Blagg (١٩٨٧) أن الطفل الذى يعانى خوفا مرضيا من المدرسة عادة ما ينعكس هذا الخوف على سلوكه الخارجى، إذ يعانى الطفل فى هذه الحالة من صعوبة كبيرة فى السيطرة على حالته الإنفعالية عند ذهابه إلى المدرسة وفى كثير من الأحيان ترتبط هذه الحالة الإنفعالية بأعراض جسمية مثل الصداع، القيء، الاسهال.. وغيرها.

فالطفل من وجهة نظر «بلاج» لديه الرغبة والدافع للذهاب إلى المدرسة، لكنه يتوقع حدوث شيء مكروه له أو لأحد أفراد أسرته، وخاصة أمه، مما يجعله يصر على البقاء فى البيت. ونجده يعلل إعراضه وإحجامه عن الذهاب إلى مدرسته بأسباب كثيرة ولكنها فى كثير من الأحيان غير صحيحة، إلا أنها فى ذات الوقت قد تكون مقبولة ومعقولة بالنسبة للكبار فى الأسرة، أو بالنسبة للطفل نفسه، كأن يقول: إن عدم رغبته فى الذهاب إلى المدرسة راجع إلى أن المدرس غير عادل بين التلاميذ، وأنه يتصف بالشدة والقسوة فى تعامله معه، أو أن يقول، أن التلاميذ كثيراً ما يعتدون عليه بالضرب أو أن المواد صعبة جداً، أو أن الواجبات كثيرة، وهكذا نجد أن بعض هذه التبريرات قد تكون معقولة لرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة ولكنها فى الحقيقة غير صحيحة وقد تكون من نسج خياله.

وبالرغم من تعدد التعريفات التى وضعها الباحثون لمخاوف الأطفال المرضية من المدرسة - كما رأينا - إلا أنه من الممكن أن تتصف بالملامح الأساسية التالية وإن كان من المستحسن لمن يتعامل معها أن يحذر تطبيقها بطريقة جامدة:

(أ) الطفل يبقى فى البيت بمعرفة وعلم الوالدين. وهذا الملمح يختلف إختلافاً واضحاً عن المقصود بهروب الطفل المتعمد من المدرسة «التزويغ» truancy، إذ الغالب فى حالات الهروب المتعمد من المدرسة أن يعمد الطفل إلى «البقاء بعيداً عن البيت»، وبعيداً أيضاً عن المدرسة، ويحاول الطفل جاهداً أن يتكتم موضوع غيابه هذا فلا يعرفه الوالدان. (انظر على سبيل المثال دراسة «هيرسوف»، ١٩٦٠).

(ب) غياب السلوك الحاد المضاد للمجتمع على نحو تام، وهذا الملمح كذلك يختلف إختلافاً واضحاً عن سلوك الطفل الهارب بشكل متعمد من المدرسة، إذ الغالب على سلوك الطفل الأخير أن يرتبط بتصرفات عدائية ضد إجتماعية.

(جـ) الوالدان يبذلان محاولات عاقلة وهادئة لطمأنه طفلهما ومن ثم دفعه إلى المواظبة على الذهاب إلى المدرسة. وهذا الملمح هو ما يميز بين الدفع الحثيث من جانب الوالدين لطفلهما، ومشكلة التغاضى عن غياب الطفل المتكرر برغم علم الوالدين، فبعض أولياء الأمور غير المسئولين Irresponsible parents يسمحون للطفل بالبقاء لفترات طويلة بعيداً عن المدرسة. (Kahn and Nursten, 1962).

(د) الاضطراب الإنفعالى هو السلوك الغالب عندما يهم الطفل بالذهاب إلى المدرسة. وهذا الملمح يمكن تحديده فى موقف مغادرة الطفل لمنزله متوجهاً إلى المدرسة، أو يمكن ملاحظة هذا الاضطراب الإنفعالى باعتباره جزءاً من اضطراب أكثر عمومية يتسم به الأطفال الذين يعانون القلق أو الاكتئاب (Atkinson et al., 1985).

(هـ) كما يضيف باحثون آخرون بعض الملامح الكلينيكية للمخاوف المرضية من المدرسة إذ لاحظوا أن حالات كثيرة لهذا الخوف المرضى تظهر تفاعلا بين ميلين: أحدهما سلوك إحجام بالنسبة للمدرسة والآخر بحث نشط عن المواقف التى تزود الطفل بالراحة والأمان (Perugi et al. 1981) وعلى العكس من الأطفال الذين يكشفون عن

مخاوف عامة فى فترة طفولتهم، مثل الذين يخافون من الحشرات، والضوضاء العالية، أو الظلام، والذين نفهم وندرك السر وراء تزايد مخاوفهم عند وجود المثيرات المخيفة السابقة أو ما شابهها، نجد أن الأطفال الذين يخافون بشكل مرضى من المدرسة يسلكون فى الغالب سلوكاً يتسم بالهدوء التام ويكون سلوكهم عادياً. وحين يكون الحديث عن المدرسة والذهاب إليها نرى المخاوف فى هذه الحالة تظهر بشكل مسرف وسريع للغاية، وتزداد حدتها فى اليوم السابق للذهاب إلى المدرسة (Berg, 1969; Hersov, 1960) ومن هنا أتيح لعديد من الباحثين أن يتأملوا فى أعراض هذه المخاوف وأن يضعوا أساليب العلاج الملائمة لها كل وفق الإطار النظرى الذى ينطلق منه.

وبناء على كل ما سبق تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

(أ) عرض الفنيات السلوكية المختلفة التى تعالج هذا الإضطراب بأبعاده النفسية والاجتماعية والتربوية.

(ب) إبراز فعاليات هذه الفنيات أو الإجراءات العلاجية.

(جـ) تسجيل بعض الإنتقادات والمحاذير التى تقلل من فعالية هذه الفنيات العلاجية السلوكية.

(د) إشارة إلى الآفاق المحتملة للبحث فى مجال علاج المخاوف المرضية من المدرسة بالفنيات السلوكية.

ومن ناحية أخرى يرى الباحث أنه عندما يذهب إلى القول بأن المخاوف المرضية من المدرسة تمثل واحدة من المشكلات الهامة فى حياة أطفالنا اليومية، أنه لا يجانب الصواب نظراً لأن دخول الطفل المدرسة يعد حدثاً سيكولوجيا هاماً فى حياته ومن ثم فإن تعرضه لهذا الاضطراب ربما يكون بمثابة نقطة البداية لكثير من المشكلات التى يمكن أن يعانيها ويعايشها ويشكو منها هذا الطفل. وكثيراً ما يترتب على مخاوف الطفل المرضية من المدرسة فى هذه المرحلة العمرية التى يصفها علماء النفس بأنها السنوات التكوينية لشخصية الطفل، آثار سلبية لو تركت دون تسليط الأضواء عليها لشكلت بؤرة مرضية فى هذه الشخصية بسيطة التكوين. بالإضافة إلى أن هناك ندرة فى الدراسات العربية التى تناولت علاج هذه المخاوف بأساليب علاجية مختلفة، فضلًا عن خلو الساحة من أية دراسات تناقش بعمق الفاعلية النسبية للأساليب السلوكية بالذات ناهيك عن المقارنة بينها وبين أنماط علاجية أخرى أو التأثيرات المختلفة لعلاجات سلوكية متنوعة.

لكل ما سبق يقدم الباحث الحالى هذه الدراسة النظرية النقدية.

المناحى العلاجية الرئيسية للمخاوف المرضية من المدرسة: نظرة تاريخية.

بادىء ذى بدء يتعين القول بأن إنتقاء أسلوب علاجى للمخاوف المرضية من المدرسة يرتكز على محورين هما:

الأول: طبيعة وحدة المشكلة التى يسببها وجود هذا الإضطراب.

الثانى: التوجه النظرى للمعالج.

وبصرف النظر عن مدى الإقتناع بالتوجه النظرى أو (النظرية) التى يتبناها الكلينيكى كمنحى علاجى، وبصرف النظر أيضاً عن تنوع أساليب المعالجة لهذا الاضطراب، فإن جميع المناحى العلاجية التى تصدت للمخاوف المرضية من المدرسة تتفق تماماً على أنه من الضرورى أن يعود الطفل إلى المدرسة فى أسرع وقت كلما كان ذلك ممكناً. وعندما يسمح للطفل أن يأخذ فترة يستجمع فيها قواه أو بمعنى آخر أن نجنبه العودة إلى المدرسة، فإن المعالجة حينئذ تصبح أكثر تعقيداً، وأكثر طولًا من حيث الوقت الزمنى، ويصبح المعالج على درجة كبيرة من الحذر عند التكهن بالاتجاهات المحتمل أن يتخذها مآل العلاج. ولذلك تبرز هنا مسئولية المربين، والسيكولوجيين، والأخصائيين الاجتماعيين، والأطباء، والوالدين، فى التمسك السريع بما حققه المنحى العلاجى من نجاحات ويتعين عليهم تصحيح مسار المشكلة، أو لفت أنظار أى أشخاص آخرين لهم خبرة ودراية بأساليب التخلص من هذه الفوبيا.

(Mc Donald & Sheperd, 1976, p. 300).

ولعل البدايات الباكرة لوضع تصور عن طبيعة المخاوف المرضيـة من المدرسـة، فـضلا عن مـحـاولة وضع منحى علاجي لها، كانت على يد أصحاب مدرسة التحليل النفسي. وفي ضوء الاطار النظرى الذى تنطلق منه المدرسة التحليلية كانت النظرة إلى اضطراب الطفل الذى يخاف بشكل مرضى من المدرسة نظرة يمكن القول عنها أنها نظرة نمطية بمعنى أن الطفل هنا يعانى قلق زائد وبشكل جلي، وأنه مرتبط أشد الارتباط بوالديه (خاصة الأم)، وهذا الارتباط يؤدى بدوره إلى قلق انفصال مفرط [1] ، يظهر - حينئذ - في صورة مخاوف مرضية من المدرسة.

وفي هذا الصدد، يرى عديد من الباحثين (انظر على سبيل المثال: Frick,1964; Kelly; 1973; Gordon &Young, 1976) أن قلق الإنفصال قد يكون جزءاً من نمط عائلى وراثى من أنماط «الاعتماد» عززه ودعمه الوالدان. وكنتيجة لهذا يكون التوجه في المعالجة الفردية للطفل (أو الوالدين إذا تطلب الأمر) نحو حل البناء الذى يتميز به العصاب الكامن لدى الطفل، وأن هذا التوجه هو الاختيار الوحيد في المعالجة.

من المهم إذن القول أن الدور الذى يلعبه التحليل، والاستبصار، وتحسين قوة الأنا والتوازن العائلى هو دور على مستوى متعاظم الأهمية في المنحى العلاجي التحليلي ومن ثم تتضمن العملية العلاجية - على هذا الأساس - علاجاً فرديا للأم ذلك أنها في غالب الأمر تبدى إمتعاضاً، عدائية، إعتمادية لم تتخلص منها بعد، وصراع داخلي. ولذا يركز علاج الأسرة المكثف على إستعادة التوازن وعلى التفاعل التفسيرى بين أعضائها. وبالتالى يكون الموضوع الجوهرى الأول أمام المعالج هو تحقيق تخفيف مبكر للأعراض، ثم يتوجه بعد ذلك في جلسات لاحقة إلى حل الأعصبة الكامنة (Kelly, 1973). فإذا كانت «فوبيا المدرسة» من النوع الحاد، فقد يلجأ المعالج إلى إستبقاء الطفل لمتابعة الجلسات في عيادة داخلية، أو تحت رعاية مستشفى والتى يلتحق فيها بجلسات علاج فردى، أو جماعى يكون التركيز فيه على قلق الإنفصال، والتوافق الاجتماعى (Berg, 1970; Weiss & Burk, 1970).

أما الطرق العلاجية الحديثة المستمدة من المدرسة التحليلية فقد ورد عنها الكثير في أدبيات البحث السيكولوجى، منها على سبيل المثال ما أشار إليه كل من «ليفينثال وسيلز Leventhal and Sills (١٩٦٤)» من أن إشتراك كل أفراد الأسرة في العملية العلاجية يحتاج إلى مزيد من التحديد، بالإضافة إلى أنه يتعين الحصول على تقدير مدى إسهام وتأثير الأشخاص المسئولين بالمدرسة، والأنشطة المدرسية، وزملاء الفصل... وما إلى ذلك. وعندما تتم عملية الحصول على كافة هذه البيانات والمعلومات، يصبح في إمكان المعالج أن يولى عنايته لأحلام اليقظة لدى الطفل فضلا عن صورته غير الحقيقية عن ذاته، وأن يولى عنايته كذلك ببقية القضايا الأخرى ذات الإعتبار في عودة الطفل إلى مدرسته ومواظبته عليها مرة ثانية.

كما تستخدم الأساليب العلاجية المستندة إلى قاعدة تحليلية في علاجها لحالات المخاوف المرضية من المدرسة أساليب مثل المواجهة Confrontation والضغط التدريجي Graduated Pressure على الطفل لضمان عودته مبكرا إلى المدرسة ولمنع إكراه الطفل على العودة إلى المدرسة بالتهديد من جانب الوالدين والمدرسين.

وفي هذا الصدد نجد أن «رادن» Radin (١٩٦٨) يناقش الديناميات الدورية (الحلقية) Cyclical dynamics المتسببة - من وجهة نظره في حدوث فوبيا المدرسة ويرى أنه من الضرورى منع إطرادها وإعاقة مسارها. ويقصد «رادن» بالديناميات الدورية: إتجاهات الوالدين، صورة الذات لدى الطفل، تعبير الطفل عن الواقع. ومن ثم يوصى «رادن» بأن يتجه إستبصار المعالج إلى تغيير إتجاهات الوالدين، وتغيير تأثير صورة الطفل عن ذاته، وإلى إعادة وإرجاع إعتماد الطفل على الواقع، والعمل دوماً على خفض المخاوف المرتبطة بالمدرسة.

ومما تجدر الإشارة إليه أن عديد من المنظرين الممثلين لمدرسة التعلم الاجتماعى قد إنتقدوا أساليب العلاج التحليلية التقليدية وأيضا أساليب العلاج الديناميه أولا لأنها لم تحدد بدقة المقصود بالمخاوف المرضية من المدرسة، وثانيا لأنها لم تزودنا إلا بأقل القليل فيما يتعلق بالخطوط المرشدة النوعية ذات الصلة بتصحيح سلوك الأطفال الذين يعانون المخاوف المرضية من المدرسة (انظر على سبيل المثال: Tahmisian and Mcreynolds 1970) ومن المعروف أن السلوكيات غير التكيفية Maladaptive behaviors التى تصدر عن الطفل - وفق المنظور الذى تتبناه مدرسة التعلم الاجتماعى - سلوكيات متعلمة ولكن تعلمها تم بطريقة خاطئة، ولهذا يرى المنظرون التعلميون أن بإمكانهم تخليص الطفل من مخاوفه المرضية من المدرسة بالعلاج الموجه نحو تلك المخاوف على نحو خاص.

إذن يمكن تلخيص الانتقادات الموجهة للعلاجات التحليلية بنوعيها التقليدية، الديناميه، فى أنهما لايزالان يتمسكان بمواجهة المشكلة مواجهة مباشرة من خلال إطار عمل تتضمنه استراتيجية علاجية طويلة الأمد، وأن الكثيرين منهم لا يؤثر (لا يفضل) إجبار الطفل على العودة إلى المدرسة.

فإذا ما أنتقلنا إلى منحى آخر من المناحى العلاجية التى تصدت لتخليص الأطفال من مخاوفهم المرضية من المدرسة، نجد أن «كيندى» Kennedy (١٩٦٥) وهو واحد من أوائل المستخدمين للمنحى السلوكى بشكل واضح المعالم، يقر أننا باجبارنا الطفل على العودة إلى المدرسة نكون قد ضمنا الحصول على معدل نجاح فى العلاج ربمايصل إلى (١٠٠٪) ولذلك، فمنذ ذلك الحين قرر باحثون متنوعون علاج المخاوف المرضية من المدرسة من خلال إطار عمل سلوكى مخطط له بشكل أكثر وضوحا من الأساليب التقليدية للمدرسة التحليلية والأساليب الديناميه المنبثقة عنها.

ولكى يسد السلوكيون، الثغرات البارزة فى التوجه التحليلى بنوعيه لعلاج فوبيا المدرسة الأمر الذى ترتب عليه قصوره وغياب فعاليته من وجهة نظرهم، قدم المعالجون السلوكيون اجراءات تدخل علاجية موضوعية ومصممة على نحو جيد، وكان جل تركيزهم على مثيرات الخوف فى الموقف المدرسى، ومثيرات السلوك الاحجامى الهروبى من المدرسة، بالإضافة إلى معالجة القلق الناشىء عن إنفصال الطفل عن والديه. لذلك نجد أن التدخل العلاجى السلوكى يتكون من استخدام للتعزيز فى كل مرة يؤدى فيها الطفل السلوك المرغوب فيه وهو ما يطلقون عليه التعزيز المشروط Contingency reinforcement والذى يشجع الطفل على إصدار أنماط استجابة متكيفة ومن ثم يكتسب الطفل السلوك التكيفى كنتيجة حتمية لمزاوجة المعالج بين المعزز والمثير (وهو ما يطلقون عليه التشريط الكلاسيكى Classical Conditioning و/أو استخدام إجراءات التشريط الاجرائى Operant Conditioning وذلك لضمان أن يكون التعزيز معتمدا على حدوث استجابة تكيفية نوعية (لازاروس وآخرون، ١٩٦٥) كما تستخدم هذه الاجراءات العلاجية السلوكية مبادىء التعلم العريضة ولذلك نجد مبادىء التعلم تطبق، على سبيل المثال، فى فنيات علاجية من قبيل التشكيل Shaping، سلب الحساسية بشكل منتظم Systematic desnstization، والتشريط المضاد Counterconditioning والعلاج بالتفجر الداخلى Implosion.

يرى السلوكيون أننا حين نطلب من الطفل أن يعود فورا إلى مدرسته، وأن يحدث نتيجة لهذا التكرار للمثير المخوف ظهور السلوك الاحجامى غير المرغوب فيه، حين يحدث هذا علينا أن نتوجه مباشرة إلى خفض هذه المشكلات، وخفض المخاطر المترتبة على ازدياد حدة المخاوف المرضية، وذلك باللجوء إلى أن التعزيز الفارق differential reinforcement الذى يهدف إلى تقديم المثير المخيف بشكل تدريجى للطفل من خلال وضعه فى مواقف لهذا الغرض ويسمى المعالجون السلوكيون هذه الفنية «التشكيل» لأننا نعزز فيها كل سلوك يصدر عن الطفل مما يقوده فى نهاية الأمر إلى أن يخطو خطوة أكثر إيجابية واقترابا من الهدف المرغوب فيه وهو العودة إلى المدرسة. والجدول التالى يلخص المناحى العلاجية الرئيسية للمخاوف المرضية من المدرسة :

جدول (١) يلخص التوجهات، التفسيرات وأساليب معالجة المخاوف المرضية من المدرسة فى المناحى الرئيسية الثلاثة

المنحـى العلاجـى	تفسيره للمخاوف المرضيه	أسلوبه العلاجى	نسبة النجاح
المدرسة التحليلية (التقليدية) Psychoanalytic (*) التأكيد القوى على ايدولوجيه المخاوف من المدرسة (الاسباب المرضية) وضرورة التعرف عليها والاستبصار العميق بالعلل المسهمة فى حدوثه.	(*) وجود علاقة اعتمادية ـ تكافلية بين الأم والطفل مصاحبة باتجاهات عدائية، وشعور بالذنب، والامتعاض، تبلغ ذروتها فى شعور الطفل بالقلق، ويصبح الضيق والامتعاض وسيلته فى الانفصال عن الأم ويزاح هذا كله إلى المدرسة.	التحليل النفسى Psychoanalysis (*) ويعتمد العلاج التحليلى على الاستبصار، وتطوير قوة الأنا، وتحسين العلاقات الاسرية وتقوية التفاعل بين الطفل وأفراد أسرته وأسلوب العلاج هنا مطول جدا بالاضافة إلى انه مكلف ويكاد ينعدم دور المدرسة فى العلاج.	٨٠٪
المدرسة التحليلية (السيكوديناميه) Psychodynamic (*) تأكيد معتدل (متوسط) على الأسباب المرضية للمخاوف من المدرسة، تأكيد قوى على «الأنا» والوعى بالذات Self- awareness وكذلك هناك تأكيد قوى على التفاعلات مع الاشخاص الآخرين ذوى الأهمية والمكانة.	(*) وجود استغراق تام فى احلام اليقظة والأوهام من جانب الطفل، إلى جانب احساس متعاظم بالقيمة والأهمية، وصورة الذات لدى الطفل غير حقيقية بالمرة، ويناضل الطفل باستماته للاحتفاظ بصورته غير الواقعية عن ذاته عندما تتعرض للتهديد من المدرسة، المعلمين، والأقران. ويقود القلق الناجم ـ عن كل ما سبق ـ الطفل إلى رفض المدرسة، بل ويشجعه على الهروب منها بمطالبة والديه أن يبقى بالبيت.	(*) العلاج النفسى Psychotherapy ويعتمد العلاج النفسى على الاستبطان وتقوية الأنا (أو الذات) مع الاستعانة بالاشخاص الآخرين ذوى الأهمية والمكانة كما يعتمد العلاج النفسى على مشاركة الأسرة، الأقران، المعلمين، فاشتراكهم له أهميته فى التحقق من قيمة التأثيرات المسهمة فى إحداث المخاوف وفى معالجتها. وتلعب المدرسة دورا متوسطا، لكن العلاج بهذا الاسلوب يظل مطولا جدا وبالتالى تكون تكلفته باهظة.	٪؟
(*) نظرية التعلم : Learning theory تعطى نظرية التعلم أدنى اهتمام بالأسباب المرضية للمخاوف من المدرسة. وفى المقابل تعطى اهتماما قويا وتأكيدا على ضرورة إزالة الأعراض، والابقاء على احتمالات الافادة من سلوك الطفل فى السياقات البيئية.	(*) الانماط السلوكية غير التكيفية هى أنماط سلوكية متعلمة، وهى نتيجة للأحداث البيئية المحركة للتأثيرات السلوكية النوعية. فعلى سبيل المثال، خوف الطفل من فقد الوالدين، أو نبذهما له، يصبح مشروطا لفظيا بالمدرسة أو بكافة الأحداث ذات الصلة الوثيقة بالمدرسة.	(*) التشريط الكلاسيكى والاجرائي. Classical and operant conditioning استخدام التعزيز البسيط، التشكيل، النمذجة، التشريط المضاد، الكف بالنقيض والكف التبادلى، والهدف من استخدام هذه الفنيات هو التعامل مع السلوكيات غير التكيفية وعلاجها، بشكل مباشر ودور المدرسة هنا ربما يكون دورا شاملا، بالاضافة الى ان العلاج النفسى يكون اقتصاديا.	٩٠٪

(المصدر : James E. Mcdonald & George Sheperd, 1976. 298)

ونظرا إلى أن الفنيات التى طرحتها النظرية السلوكية كأساليب علاجية تتفاوت فيما بينها من حيث المبدأ (القانون السلوكى) الذى تستند إليه، ومن حيث الاستراتيجية المتبعة فى خفض نوعية المخاوف موضع الاهتمام ونعنى مخاوف الطفل من المدرسة بشكل مرضى، فإن المقارنة بين هذه الفنيات سيكون أكثر جدوى للوقوف على فعالية كل واحدة منها ثم نتبين أوجه القصور فيها وهو ــ كما سبقت الاشارة ــ ما يهدف إليه البحث الحالى، بالاضافة إلى أنه تجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد ــ فى حدود علم الباحث ــ دراسات عربية تصدت لهذا الهدف، ومن ثم تبدو أهمية القيام بهذه الدراسة فى ضوء حيوية الهدف الذى تسعى إلى تحقيقه.

الفنيات العلاجية السلوكية للمخاوف المرضية من المدرسة:

الفعاليات والانتقادات :

من المعلوم أن الفكرة الاساسية عند أصحاب المدرسة السلوكية هى أن الكائن الحى يقوم باستجابة معينة فى حالة وجود مثير معين، وأن هذه الاستجابة ترتبط بالحصول على نتائج معينة، والتدعيم مفهوم أساسى عند أصحاب هذه المدرسة، وهو أيضا مفهوم محورى فى التخلص من المخاوف المرضيــة من المدرســة، لذلك من المهم عند عــلاج هذا الاضطراب أن تقوم بعملية إعادة تعلم عن طريق اعادة الاقتران بين استجابة الطفل (عودته إلى المدرسة) و (الذهاب إليها كمثير معين) وذلك عن طريق حصوله على مكافأة أو تدعيم، فى هذه الحالة تعتبر المكافأة كنتيجة لاستجابته ومن ثم نتوقع أن يزداد تكرار هذه الاستجابة نتيجة لرغبة الطفل فى الحصول على نفس المكافأة مرة بعد مرة.

هذا ويمكن تقسيم الفنيات العلاجية السلوكية للمخاوف المرضية من المدرسة إلى ثلاثة أقسام رئيسية هى :

(أ) الفنيات التى تعتمد على نموذج التشريط التقليدى (الكلاسيكى).

(ب) الفنيات التى تعتمد على نموذج التعلم الاجرائى.

(ج) الفنيات التى تجمع بين نموذج التشريط التقليدى (الكلاسيكى) والتعلم الاجرائى.

ويتناول الباحث كل واحدة من هذه الفنيات بشىء من التفصيل :

أولا : الفنيات العلاجية التى تعتمد على نموذج التشريط التقليدى (الكلاسيكى) :

هناك عدة أساليب للتدخل العلاجى ذات صلة بمبادىء التشريط الكلاسيكى تطبق فى مجال علاج المخاوف المرضية من المدرسة. وهذه الاساليب هى الكف بالنقيض، وأحيانا ما يقصد بها ذات الإجراءات المستخدمة فى فنية التحصين التدريجى ومن ثم يصعب الفصل بينهما، وهما تشتركان معا فى تقديم الصورة الانفعالية، وفنية الغمر وأخيرا فنية التفجر الداخلى.

وتجدر الإشارة إلى أن استخدام هذه الإجراءات يقوم على افتراض مؤداه أن القلق ــ إلى حد ما ــ يعتبر مسئولا عن إحداث الخوف المرضى من المدرسة. كما تجدر الإشارة كذلك إلى أن إجراء فنية التحصين التدريجى عى سبيل المثال ــ فى علاج طفل يخاف بشكل مرضى من المدرسة يتطلب سلسلة من المشاهد الباعثة للقلق Anxiety - provoking scenes، على أن يتم ذلك وهو فى حالة استرخاء عضلى عميق. وما إلى ذلك.

وإجمالا يمكن القول أن الإجراءات المستندة إلى نموذج التشريط الكلاسيكى (التقليدى) تتضمن مرور الطفل أو المراهق بثلاث خطوات :

(أ) تدريب على الاسترخاء.

(ب) بناء مدرج هرمى للقلق.

(ج) تخيل كل مشهد والطفل أو المراهق فى حالة الاسترخاء التى تدرب عليها (Wolpe,1958).

إلا أن الذين مارسوا إجراء هذه الخطوات من ذوى الخبرة فى العلاج السلوكى يقررون أن الطفل أو المراهق الذى يخاف بشكل مرضى من المدرسة سيجد صعوبة فى تحديد مصدر أو مصادر قلقه. وهذه النقطة كانت فى واقع الأمر موضع نقد تتعرض لها بصفة دائمة الإجراءات المتبعة فى خفض مستوى القلق لدى الطفل أو المراهق الخوافى عند علاجه. وهذا ما

أكده بالفعل أحد هؤلاء الكلينيكيين ونعني به «يول» Yule (١٩٧٩) إذ يقرر «أن الطفل في الغالب لا يستطيع أن يعبر بالكلمات عما يخفيه، ولهذا يمكن معاونته من خلال المشي معه إلى المدرسة، وأن نلاحظ عن قرب الظرف التي في ضوئها يتضح القلق (P. 62) . كما أن من الممكن أن نعتمد على وصف الطفل لمخاوفه ـ إن استطاع ـ في معاونته على أن يتخيل الأحداث التي تحدث عبر اليوم المدرسي، في حين يركز الكلينيكي كل اهتمامه على التغيرات الفسيولوجية ومايسبقها من إحداث حاسمة (Smith & Sharp, 1970) .

فنيتا الكف بالنقيض (الكف المتبادل)[٢] Reciprocal inhibition technique، والتحصين التدريجي [٣] Systematic Desensitization .

وتعتبر فنية الكف بالنقيض أو الكف المتبادل أشهر الفنيات العلاجية السلوكية وأكثرها استخداما في هذا النموذج. وقد استخدم سلب الحساسية (أو الكف بالنقيض) لإبطال تأثير مخاوف الطفل بصفة عامة، والمخاوف ذات الصلة بالمدرسة، وبما يتصل من أنشطة وموضوعات أخرى على وجه الخصوص، وفي هذا الصدد اختبر «فولبه» Wolpe (١٩٥٨) إمكانية استخدام هذه الفنية، سواء على مستوى التخيل أو مستوى الواقع، وذلك في محاولة من جانبه أن يحدث (ينتج) أساليب تكيفية تجاه مثيرات مخيفة غير منطقية. وباستخدام فنية التحصين التدريجي على نحو خاص مع أطفال، يتعين على الطفل أن يتعلم الاسترخاء، ثم يقدم إليه ـ وهو في حالة الاسترخاء هذه ـ مواقف حقيقية، أو متخيلة، ذات صفة تهديدية. وهذه المواقف ـ إذا كنا بصدد معالجة طفل من مخاوف مرضية من المدرسة ـ تكون ذات صلة بما يحدث في المدرسة، أو أنشطة الطفل فيها، وترتب هرميا hierarchically من أقل المواقف إلى أقصى المواقف تهديدا له. «ذلك أن كل موقف في المدرج الهرمي يرتبط بشكل ناجح وإيجابي باستجابة الاسترخاء، ومن ثم فإن تعميم كل البنود الأخرى في هذا المدرج الهرمي سيكون مؤثرا وسوف يتقدم الطفل حثيثا إلى البنود التي تشكل أساس الصعوبات بالنسبة له» . (Ullman & Krasner, 1969, 254) .

ولأن هناك أسباب قد يكون من الصعب حصرها، فهي تتدرج ـ لذلك في مدى يتراوح بين اختيار المعالج وعجز الطفل عن الاسترخاء تجاه بند معين، والحصول على صور (تخيلات) حية ناشطة، أو تعبير ملائم من جانب الطفل عن مشاعره وأحاسيسه، وقد يتطلب الأمر ـ في بعض الاحيان ـ استخدام فنيات وأساليب معاونة أخرى. وفي ضوء بناء المدرج الهرمي للمثيرات بصورتها التصاعدية يصبح من السهل القيام بالتشريط المضاد Counterconditioning ، والذي ينهمك فيه الطفل في نشاط سار يتعارض مع السلوك المخيف أو الموقف المثير للخوف. ومن هذا يكون الهدف من استخدام فنية التحصين التدريجي هو وضع المثير الباعث على القلق Ananxiety-evoking stimulus داخل نشاط يحبه الطفل، ثم يسير تقديم مثيرات جديدة (باعثة على القلق أيضا ومن واقع المدرج الهرمي) في خط متواز مع هذا النشاط المحبب لدى الطفل إلى الدرجة التي تصبح فيها الملامح السارة للموقف بالتدريج قادرة على أن تقف ضد بل وتتغلب على أية ردود أفعال غير سارة . «فإذا أصبحت الاستجابات الجديدة متعارضة مع رد فعل القلق، فإن الارتباطات الجديدة سوف تؤدي إلى إنطفاء تدريجي للاستجابات الهروبية والاحجامية، وسوف تؤدي كذلك إلى نقصان وتلاشي رد فعل القلق نهائيا (Patterson, 1965, 284) .

وكتب كل من «أيزنك، رخمان» Eysenck and Rachman (١٩٦٥) تقريرا عن حالة صبي يبلغ من العمر ثلاثة عشر عاما كان قد قضى عاما دراسيا كاملا بعيدا عن المدرسة. وقد عجل بحدوث رفضه للمدرسة إصابة لحقت باسنانه وبعض أجزاء جسمه أثناء ممارساته الرياضية وكان ذلك في بداية التحاقه بالمدرسة الثانوية. وقد اقيم البرنامج السلوكي لعلاجه ـ أخيرا ـ متضمنا إعادة إدخاله مدرسته بشكل متدرج صباح كل يوم، ويسير في خط متواز مع هذا البرنامج تدريبه على الإسترخاء وتطبيق فنية التحصين بإستخدام المشاهد المتخيلة وذلك في فترات ما بعد الظهر. وقد أدير البرنامج على أساس علاجه داخل عيادة. وبعد مرور أسبوعين من المعالجة تخلص من رفضه للمدرسة وكانت مواظبته عليها جيدة تماما.. وساعده في ذلك إلى حد كبير، أنه قبل أن يبدأ فصل دراسي جديد سمح له بأن يقضي أسبوعا واحدا مما يطلق عليه معالجة «معززة» booster tearment وقد شجع المعالجان الصبي على مواجهة صعوبات جديدة كانت في

حاجة إلى مزيد من المعالجة، ولكن بعد مرور ثلاثة أشهر كانت مواظبة مرضية.

وهناك العديد من الدراسات التى طبقت هذه الفنية من خلال النموذج التقليدى للبناء الهرمى الذى يزاوج بين الأسترخاء و/ أو التخيل الإنفعالى السار. ومن بين تلك الدراسات ما قام به «تشابل» Chapel (١٩٦٧) حين قرر أنه عالج صبى يبلغ من العمر أحد عشر عاما يخاف خوفا مرضيا من المدرسة سبق له أن عولج بأسلوب العلاج التحليلى Traditional one - to - one therapy ولسوء الحظ هذا الأسلوب أوصله فى نهاية الأمر إلى وضعه تحت حماية حرس المدرسة.. وهذا الوضع تحت الحراسة قوبل من جانب الصبى بضيق شديد وخوف أشد، مما اضطره إلى العلاج بالتنويم المغناطيسى hypnosis لمدة ثلاثين دقيقة يوميا. وبعد مرور اسبوع من العلاج كان الصبى أهدأ، ومن ثم بدأ علاجه بالكف بالنقيض من خلال تقديم «مدرجات هرمية» hierarchies تعتمد بصفة اساسية على المسافة من البيت إلى المدرسة، وعلى الذهاب إلى المدرسة، ثم العودة إلى البيت ليجد أن الوالدين قد غادراه. وباستخدام هذه الفنية أمكن السماح للصبى بالعودة لحضور اليوم المدرسى وقد استغرق علاجه ثمانية عشر جلسة من التحصين أو (سلب الحساسية) De-sensitization s كان يقدم للصبى فى كل جلسة (٤) بنود من المدرج الهرمى على وجه التقريب. ومع انتهاء ستة اسابيع منذ بدء العلاج النفسى بهذه الفنية، شعر الصبى أن بمقدوره العودة إلى المدرسة، وأن يواصل جلسات العلاج على نحو خارجى Out - Patient، ولو أنه كان علاجا غير نوعى، وذلك حتى نهاية العام الدراسى. ومع بداية العام الدراسى الجديد، عاودت الاعراض المرضية الظهور، وتلقى الصبى خمسة عشر جلسة تحصين تدريجى مع تقديم (٧) بنود من المدرج الهرمى على وجه التقريب فى كل جلسة من جلسات العلاج. وسرعان مازالت الأعراض، وعاد الصبى مرة ثانية إلى المواظبة على الذهاب إلى المدرسة وبحرية تامة وفى نهاية العام الدراسى سجل فى تقريره أنه كان «من الطلاب المثاليين، على مدار العام، إلا أنه رغم ذلك «كان إلى حد ما رعديدا، خجولا، حذرا فى علاقاته مع الأقران».

وعلى الرغم من أن علاج هذه الحالة يبدو مثالا لما يسمى الشكل «التقليدى» لفنية التحصين التدريجى أو إزالة الحساسية بطريقة منتظمة، فإنه من المهم أن نذكر أن هذا الصبى قد أجبر على البقاء طوال يوم مدرسى كامل من الساعة الثامنة صباحا إلى الساعة الرابعة بعد الظهر، ولذلك فإن نتائج استخدام إجبار الصبى على البقاء بالمدرسة والذى اصطلح على تسميته فنية الغمر Flooding(٤) ربما يريك الفهم الواضح لفعالية العلاج بسلب الحساسية بطريقة منظمة.

كما عالج «كروجهان» Croghan (١٩٨١) بنجاح مراهقا فى السابعة عشرة من عمره كانت لديه مخاوف مرتبطة بالمدرسة استمرت خمسة أعوام. وعلى الرغم من أن «كروجهان» بدأ بشكل جوهرى وأساسى باستخدام فنية التحصين عن طريق الصور المرتبطة بالمواقف الحالية المثيرة للقلق والباعثة عليه، مثل التفكير فى المدرسة أو الاعداد للذهاب إليها، فإن الإشارة إلى مشاجرة حدثت بين هذا المراهق، وولدين آخرين قبل خمس سنوات، كانت ذات مغزى، بل يمكن القول أنها قد غيرت مجرى العلاج، فقد طلب من المراهق الذى كان يواصل علاجه بازالة الحساسية بطريقة تدريجية، فيما يتعلق بالمواقف الراهنة، أن يتخيل تلك المشاجرة التى حدثت ذات يوم وقبل خمس سنين، وبالاضافة إلى ذلك أوضح المعالج له أن رفضه للقتال فى تلك المشاجرة كان سلوكا « ذكيا » وكان رد فعل مناسب مفاجىء لم يكن هو مهيأ له ويتفوق فيه خصماه من حيث العدد. ولقد اختفت أعراض مخاوف المراهق بعد عدة جلسات وصل عددها إلى اثنتى عشر جلسة. وبعد عام واحد من المتابعة، كان هناك تحسن فى درجاته ولم تكن هناك عودة لأعراض المخاوف المرتبطة بالمدرسة.

ومرة أخرى يمكن القول أنه بالرغم من أن علاج هذا المراهق تضمن تحصينا تدريجيا أو إزالة للحساسية بطريقة منتظمة إلا أنها لم تكن مقصورة على مخاوفه المرتبطة بالمدرسة، فتقديم المعالج لمشهد المشاجرة لايمكن اعتباره أنه إثارة للقلق، كما أنه لم يكن مصحوبا بالاسترخاء. لذلك فقد كان بعيدا عن نموذج الكف المتبادل بمعناه التقليدى، كما أن هناك ابتعاد آخر عن هذا النموذج وهو مايظهر فى تفسير رفض الصبى للاشتباك مع زميليه فى مشاجرة فى إطار

سلوكي - معرفى - وبالطبع من غير الممكن فصل عناصر العلاج بهذه الفنية بعضها عن البعض الآخر وفهم فعالياتها النسبية المتعلقة بهذه العناصر.

واستخدم كل من « جارفي وهيجرينز » Garvey & Hegrens (١٩٦٦) إجراءات فنية التحصين التدريجي فى علاج صبى عمره عشر سنوات « مرتفع التحصيل » high achieving كان يرفض العودة للمدرسة بعد إجازة قضاها. وسار العلاج فى مرحلتين، أولهما: بناء مدرج هرمى من (١٢) خطوة، استمدت بنوده من كل مايرتبط بالمدرسة، وثانيهما: إزالة حساسية الصبى فى وجود المعالج. وقد استغرق هذا مابين (١٠-١٢) ساعة من وقته. وقد إستغرقت جلسات العلاج نحوا من عشرين جلسة من التحصين التدريجى فى الواقع desensitization in vivo (٥).

وبعد أن مر الصبى بتسعة عشر جلسة، أصبح بمقدوره دخول المدرسة والبقاء فى الفصل المدرسي مع المدرس واثنين آخرين من الأطفال قبل البداية الرسمية لليوم المدرسي. وهنا يمكن القول أن المعالج قد حل محل الأب. وبسرعة أصبح الصبى قادرا على البقاء فى حجرة الفصل فى وجود جميع أقرانه من زملاء فصله.. ويذكر الباحثان - جارفى وهيجرينز -أن العلاقة العلاجية » therapeutic relationship ‹‹ والإطراء اللفظى the verbal praise من المعالج كانا بمثابة وسيلتين كافيتين لكف الاستجابة القلقة لدى الصبى. ولم تظهر خلال عامين من المتابعة أية عودة للمخاوف لديه. وعلى الرغم من أن الباحثين صورا علاج هذا الصبى على أنه مثال للتحصين التدريجى فى الواقع - كما سبقت الإشارة - إلا أن هناك عناصر قد تتناقض مع مثل هذا التصور (وسوف نرى فى القسم التالى الخاص بعرض نماذج للعلاج بفنيات التشريط الإجرائى أن الباحثان يستخدمان نفس الاجراءات لكنهما يطلقان عليها إجراءات التشكيل Shaping) . فالصبى لم يتلق تدريبا على الاسترخاء على الرغم من أنه كان بمقدوره أن يعود إلى سيارة المدرسة (كمكان آمن) فور مروره بخبرة القلق.. ومن الواضح أن مصاحبة المعالج للصبى جعلته يظهر سلوكا مناسبا، وكما سبقت الإشارة فإن الاكثر أهمية من ذلك على أية حال هو وجود التأثيرات التعزيزية (التدعيمية) re-inforcing effects للعلاقة العلاجية والإطراء اللفظى. (Garvey & Hegrens,1966 : 149) .

وقد عالج « لازاروس Lazarus (١٩٦٠) طفلة فى التاسعة من العمر تشكو خوفا مرضيا من المدرسة، بالاضافة إلى أنها، تتبول لا إراديا فى الليل، وتعانى من نوبات فزع ليلية وكوابيس،وذلك إثر أحداث صادمة traumatic events ذات صلة بقلق الإنفصال. وقد بنيت مدرجات هرمية كل بنودها تدور حول إنفصالها عن الأم، وقدمت هذه البنود على امتداد خمس جلسات خلال عشرة أيام متتالية. وكانت النتيجة المباشرة لهذه الجلسات هى خفض مخاوف الطفلة المرضية من المدرسة، بالإضافة إلى التخلص من التبول اللاإرادى والكوابيس. وبعد خمسة عشر شهرا من المتابعة لم تظهر على الطفلة أية أعراض مرضية.

وهنا يتعين أن نذكر أنه على الرغم من أن إجراءات الكف المتبادل التى استخدمها الباحث كانت تقليدية اكثر من تلك التى استخدمت فى الدراسات التى عرضت آنفا، فإن «لازاروس» ألغى تشريط (الارتباط الشرطى) المخاوف المرضية من المدرسة بتحصين الطفلة تدريجيا ضد قلق الإنفصال عن الأم. وهذه النتائج جميعا تبين أهمية الاحداث ذات الصلة بالمخاوف موضع الإهتمام، والتى يمكن أن تكون أساس هذه المخاوف والأسباب الكامنة وراءها. ويجب أن يشار كذلك إلى أن القلق الناشئ عن الإنفصال والمؤدى إلى وجود مخاوف مرضية من المدرسة هو المحور الذى يدور حوله فهم مدرسة التحليل النفسى لهذه الأعراض المتزامنة.

وفى عام (١٩٧٢) جمع (ميلر) Miller بين التحصين التدريجى فى الخيال والتحصين التدريجي فى الواقع فالغى بنجاح الارتباط الشرطى بين مخاوف صبى فى العاشرة من عمره يخاف من الانفصال عن أمه، ويخاف ان يحدث له مكروه لو أنه ابتعد عنها، ويخاف من المدرسة مما أدى إلى تغيبه عنها لمدة ثمانية أسابيع. وقد بنيت مدرجات هرمية استخدمت فيها مسافة البعد عن المدرسة كبنود يشتمل عليها متصل Continuum المخاوف المرضية منها. وقد عولج الصبى بعد تدريبه على كيفية إجراء عملية استرخاء عضلى عميقة ثم طبقت فنية التحصين التدريجى بواسطة استخدام الصور أو تخيل المشاهد أولا، ثم مواجهتها فى الواقع ثانيا. وقد

تطلب هذا أن يمشى إلى حيث المدرسة، وأن يقف عند الباب الامامى لهـا، وان يعود ادراجـه إلى المنزل.. ومـا إلى ذلك. وبحلول الأسبوع الخامس، كان بمقدور الصبى أن يواظب على حضور يوم مدرسى كامل. وبعد ثمانية عشر شهرا من المتابعة - من خـلال مـقـابلة كل ثلاثة أشـهـر لم تظهـر عليـه عـودة للأعراض كما تحسنت درجاته فى المدرسة.

كما عالج «فان دير بلويج» Van der Ploeg (١٩٧٥) بنجاح مراهقا فى الرابعة عشر من عمره يعانى مـخـاوف مرضـيـة من المدرسة إلى درجـة أوصلتـه إلى احساس دائم ومتكرر بالحاجة إلى التبول، وهذا أدى بدوره إلى زيادة القلق وتعاظم ردود افعاله الخوافية تجاه المدرسة. وقد درب الصبى على الاسترخاء. ثم وجه وهو فى حالة الاسترخاء، وطبقت عليه فنية التحصين التدريجى بطريقة تقليدية. واتيح للمعالج أن يستخدم كذلك صورا تثير إنفعالات إيجابية نحو ذكريات عن تجارب إبحار قام بهـا الصبى ذات مرة، بالإضافـة إلى مواد أخرى مثيرة للقلق . وبعد خمسة عشر جلسة على مدى خـمـسـة أسـابيـع، طبق المعـالج فنيـة التـحـصين فى الواقع مصحوبة بزيادة مقادير الوقت المنقضى فى المدرسة.. وبعد ثمانية عشر شهرا من المتابعة بواقع مقابلة كل شهر- لم يكن هناك خـوف من المدرسـة، ولم تكن هناك حـاجـة للتـبـول المتكرر.. وفى حين كانت أساليب التحصين التدريجى أو إزالة الحساسية نموذجيـة فى بنائها، فإن من المهم أن ننظر بعين الاعتبار إلى دور الصور المثيرة للإنفعالات الايجابية والتى استخدمـهـا المعالج فى عـلاج الصبى. ومن المهم أن نلاحظ مرة أخرى أن عرضا مرضيا ارتبط بالمخاوف المرضية من المدرسـة وهو الحـاجـة المتكررة للتـبـول قـد أمكن إزالتـه أو التخلص منه بإزالة الحساسية تجاه عرض آخر.

وبعيدا عن الاستخدامات التقليدية لنموذج الكف بالنقيض، نجد أن «لازاروس» و«أبراموينز» Lazarus and Abromowitz (١٩٦٢) استطاعـا بنجاح إلغاء تشريط لدى طفلة فى الثامنة من عمرها مستخدمين فى ذلك الصور التى تثير (من خلال التصور والتخيل) بعض الانفعالات، فجعلا الطفلة تتخيل أن بطلة القصة التى تقرأها تخاف من المدرسة ولا تواظب على حـضـورها، وطلبـا من الطفلة ان تهـدئ وتسـتـرضى البطلة وتعاونها فى التغلب على مـخـاوفهـا . وبعد أربع جلسات فقط تخلصت الطفلة من مخاوفها. ولم تكن حالتها فى حاجة إلى متابعة طويلة.

والخلاصة التى نستخلصها مما سبق أن نماذج الكف بالنقيض تحاول أن تغير أو تعدل - على الأقل - فى السلوك عن طريق التشريط المضاد النشط ضد ظروف القلق - وأن هناك نماذج أخرى - على أية حال - متاحة للاستخدام العلاجى وترتكز على نماذج التشريط بشكله التقليدى. ورغم أن هذا هو الحال، فإن دراسة واحدة فقط ابتعدت عن استخدام نموذج الكف بالنقيض فى صورته التقليدية - وكان ذلك فى دراسة «سميث» و«شارب» Smith and Sharpe (١٩٧٠)، ذلك أنهما استخدما العلاج بالتفجر(٦) Implosive therapy وبشكل ناجح فى علاج صبى يبلغ من العمر ثلاثة عشر عاما يعانى خوفا مرضيا حادا من المدرسة. وجد الباحثان أن أسلوب العلاج بالتفجر الداخلى يتقبل الاندماج فى نموذج التشريط التقليدى خاصة مع التشريط التنفيرى Aversive Conditioning ويفترض هذا النوع من التشريط أنه إذا قدم المثير الباعث للقلق فى غياب المثير التنفيرى، فإن استجابة القلق ستنطفئ حتما. وبما أن المريض قد تجنب بشكل متواصل المثير الباعث للقلق فى الماضى فإنه يجب الا يظل متجنبا للموقف الباعث لديه على القلق أو بمعنى آخر أن يبقى بعيدا عن التعرض للمثير وذلك لكى يكون العلاج فعالا. بالإضافة إلى ذلك يجب أن يكون القلق مركزا كى يحدث الانطفاء. ومعروف أنه عند إستخدام العلاج النفسى بأسلوب التفجر الداخلى يقدم الموقف المثير للقلق على المستوى الخيالى بينما فى حالة استخدام فنية الغمر Flooding فإن الفرد يوضع فى الموقف فعلا. ولذلك وجدنا أن «سميث» و«شارب» يطلبان من الصبى أن يتخيل مشاهد تتعلق بمواقف مثيرة للقلق وخاصة تلك المواقف التى تثير أقصى ما يمكن من مشاعر القلق والارتباك والإخفاق. وبعد ست جلسات زال القلق المصحوب بمخاوف مرضية وعاد الصبى إلى المدرسة. كما أظهرت متابعة لمدة ثلاثة عشر أسبوعا حضورا منتظما وتحسنا فى الأداء الأكاديمى للصبى.

وعلى الرغم من أن كثيرا من الدراسات التى عرض لها الباحث حتى الآن كانت ترتكز على نموذج الكف التقليدى بالنقيض، إلا أنه يتعين أن يكون واضحا أن هناك مرونة فى

علاج المخاوف المرضية من المدرسة حتى فى نموذج التشريط بشكله التقليدى (الكلاسيكى)، ذلك أنه من الأخطاء التى وقعت فيها عديد من الدراسات الأخرى أنها دمجت فنيات علاجية مختلفة مع بعضها البعض مما جعل من غير الممكن تمييز الآثار الناجمة عن تطبيق كل فنية على حدة، علاوة على أن عدم وجود معيار ثابت لفعالية العلاج يحد من قيمة المقارنة بين نتائج هذه الدراسات.

أما بالنسبة لفنية التفجر الداخلى، فعلى الرغم من أن هناك تساؤل حول ما إذا كان العلاج بهذه الفنية هو أسلوب من أساليب العلاجات السلوكية أم لا؟، إلا أنه يستخدم فى ضوء أنه فنية تعتمد أساسا على التعلم وذلك فى علاج المخاوف المرضية من المدرسة وأنها فنية ترتبط بالإنطفاء فى شكله التقليدى، وأنهما معا يكونان جوهر العلاج من خلال تقديم المشاهد المثيرة سواء على مستوى التخيل أو الواقع، وهذه المشاهد بنوعيها تستدعى استجابات قلق قوية. ويفترض المنظرون السلوكيون ان استجابة القلق هى نتيجة مترتبة على التشريط الكلاسيكى فى شكله الباكر، وأن تقديم المثيرات الحقيقية المستدعية للقلق فى غياب المثير التنفيرى الأصلى سوف يؤدى إلى إنطفاء إستجابة القلق (Smith & Sharpe, 1970, 239).

ثانيا: الفنيات العلاجية التى تعتمد على نموذج التعلم الإجرائى:

يفترض أصحاب نظرية التعلم الشرطى من النوع الإجرائى Operant Conditioning أن الطفل يمكنه أن يكتسب ارتباطا جديدا بين مثير ما واستجابة متعلمة (أى استجابة ليست من نوع الفعل المنعكس)، وهذه الطريقة تعتمد فى جوهرها، على إثابة الاستجابات الملائمة حينما يتصادف وقوعها أو حدوثها، وفى هذه الطريقة، نجد أن هناك عملا يقوم به الطفل هو الذى يؤدى إلى الإثابة.

وفى جميع نماذج التعلم الإجرائى يرتكز العلاج على إيجاد إحتمالات تعزيز فعالة وإدارة للتعزيز بشكل ملائم (٧) وكان الفرد أو الأفراد الذين يديرون التعزيز هو الاختلاف الرئيسى فى علاج أية حالة. ورغم أن المعالج هو غالبا الذى يقوم بعملية التعزيز فإن معظم الدراسات قد توجهت نحو تغيير إحتمالات الانكال (٨) فى حياة الفرد، وهكذا يضمن القائمون بهذه الدراسات حدوث التعميم فى نتائج العلاج بأكبر قدر ممكن، إلا أن إحدى المشكلات التى تواجه هؤلاء الباحثون هى تكافؤ عوامل التغيير وتساويها فى التأثير.

وفيما يتعلق بتطبيق الفنيات العلاجية التى تعتمد على نموذج التعلم الاجرائى فى علاج المخاوف المرضية من المدرسة تجدر الإشارة إلى أن أصحاب هذا النوع من الفنيات يرون أنه من الممكن علاج خواف المدرسة دون الرجوع إلى مبادئ التشريط التقليدى. من هؤلاء «أولينديك» و«ماير» (Ollendick and Mayer ١٩٨٤)، فقد لخصا جوهر المنحى الاجرائى فى هذا الصدد على الوجه التالى: «يمكن القول بصفة أساسية أن استراتيجيات العلاج التى تعتمد على نموذج التعلم الاجرائى تحاول أن تزيد من قيمة التعزيز فيما يتصل بالمواظبة على المدرسة (بمعنى زيادة التركيز على الجوانب التى يقوم بها تقبل الأقران Peers acceptance، استحسان المعلم لسلوك الطفل الخوافى، ودعم الملائم منه، استحسان وتقبل الوالدين... وما إلى ذلك) وهذه الزيادة تسير معها فى خط مواز انقاص قيمة التعزيز فيما يتصل بالبقاء والمكوث بالبيت (بمعنى الانسحاب من دائرة اهتمام وانتباه الوالدين، وحظر ومنع مشاهدة التلفاز وما إلى ذلك) حتى يتم الارتباط بين النتائج الطبيعية المترتبة على تعديل السلوك (بمعنى حدوث تقدم طيب على مستوى التحصيل داخل الصف الدراسى، وتحسن علاقات الطفل مع أقرانه..) والمواظبة المنتظمة على الذهاب إلى المدرسة وأن يدرك الطفل الخوافى كل ذلك. وهذا النموذج الاجرائى قد يتطلب استخدام معززات مادية أو اجتماعية فى صيغة اشياء مفضلة ومديح اجتماعى.

(ollendick & Mayer, 1984: 391)

والمعنى الذى تحمله الفقرة السابقة ان البرنامج المعتمد على نموذج التعلم الاجرائى يتضمن اشتراكا من كل من البيت والمدرسة فيما يتعلق بادارة كافة الاحتمالات المتوقعة (سواء على مستوى التعزيز الموجب أو على مستوى انطفاء السلوك غير المرغوب). ثم يلى هذا القيام بإجراء تشكيل للسلوك، وبالتالى يمكن الوصول إلى مواظبة على المدرسة طوال اليوم الدراسى كاملا بواسطة سلسلة من التقريبات المتدرجة. وعادة

ما يطلب المعالج من الطفل أن ينفذ مهمة صباحية تتصل بمدى البقاء فى المدرسة كأن يطلب منه مثلا أن يزور المدرسة فى موعد البدء المعتاد لليوم المدرسى دون الدخول إليها، ويبنى انطلاقا من نقطة البداية هذه برنامجه ويستمر فيه حتى يصل إلى مرحلة تتحقق فيها المواظبة على الذهاب إلى المدرسة بشكل مرض. كما أن المعالج يمكنه، من ناحية أخرى، أن يطلب من الطفل أن يجعل زيارته للمدرسة فى فترة الظهر (وتسمى حينئذ مهمةالظهيرة Task afternoon فيدخل الفصل الدراسى ويجلس فى آخر صف من الصفوف) ويعمل فى اتجاه عكسى - من فترة الظهيرة إلى الفترة الصباحية - على أن يزيد مقدار الوقت المنقضى فى المدرسة حتى تحدث المواظبة الكاملة على اليوم الدراسى العادى .

كما تجدر الاشارة أيضا إلى أن المنحى الإجرائى لايضع أية افتراضات مسبقة فيما يتعلق بوجود أو غياب القلق لدى الطفل، وبصرف النظر عن التغيرات الفسيولوجية التى يمكن أن تلاحظ عليه.

وفيما يلى عرض لبعض الدراسات التى استخدمت فنيات التعلم الإجرائى، والمتتبع لهذه الدراسات يلاحظ أن بعضها يركز على دور أحد الوالدين أو كليهما فى العملية العلاجية. والبعض الثانى يركز على الدور الذى يمكن أن تقوم به شخصية مهمة فى المدرسة، والبعض الثالث يركز على الاثنين معا.

فقد ذكر «هيرسن» Hersen (١٩٦٨) الذى استخدم فقط العلاج غير المباشر مع الأم، أنه نجح فى علاج مخاوف مرضية قهرية من المدرسة Compulsive school phobia لدى صبى فى الثانية عشرة من عمره.

وقد التقى المعالج مع الأم على امتداد عشر جلسات مدة كل واحدة منها ساعة واحدة، وقد ركز المعالج فى هذه الجلسات على كشف التعزيز غير المتوقع وغير المناسب من قبل الأم، وعلى فهم إجراءات التعزيز الملائمة وأخيرا على إيجاد تلك الإجراءات فى مواقف غير علاجية. وبطبيعة الحال، طولبت الأم بأن تكون حازمة، متزنة، ومصممة على أن يذهب الصبى إلى مدرسته، كما طولبت أن تدعم الاستجابات الدالة على تقدم الصبى فى سلوكه وأن تنتبه لها، وأن تكون يقظة لانماط السلوك البديلة، وأن تتجاهل كل الشكاوى الجسمية وكل الانتقادات التى يبديها الصبى تجاه المدرسة. وبعد هذه الجلسات العشر عاود الصبى مواظبته على المدرسة كما كان، وقامت الأم طواعية بعد مرور ستة شهر بالإتصال تليفونيا بالمعالج لإبلاغه أن مواظبة إبنها على الذهاب لمدرسته أصبحت أمرا عاديا، وأن الشكاوى الجسمانية والضيق الإنفعالى قد قلت إلى حد كبير، وأن سلوكه الاجتماعى قد تحسن.

كذلك ركزت دراسة ثانية على الأم كعامل أولى وجوهرى فى إحداث التغيير، نجد ذلك واضحا فيما قام به «أيلون، سميث، روجرز» Ayllon, Smith, and Rogers (١٩٧٠) من علاج طفلة فى الثامنة من عمرها مستخدمين برنامجا رباعى Four _ Procedure Program Prompting Shaping وكانت هذه الأجراءات على النحو التالى: (أ) أستخدام التشكيل بالتلقين (٩) لحث الطفلة على المواظبة على المدرسة. (ب) سحب أو التخلص من العواقب والنتائج الاجتماعية الناجمة عن الفشل فى الذهاب إلى المدرسة. (ج) زيادة مرات الذهاب إلى المدرسة مقرونة بنظام منزلى لتنشيط الدافعية لدى الطفلة. (د) ترتيب الأحداث غير المتوقعة (فى أثناء إجراءات العلاج) من قبيل ذلك على سبيل المثال أن بقاء الطفلة فى البيت مع أمها أدى إلى نتائج عكسية بالنسبة للأم.

ركز المعالجون - فى الخطوة الأولى من إجراءات التشكيل - على عودة الطفلة إلى المدرسة لفترة أطول بشكل مطرد حتى اليوم الخامس والأربعين، بحيث أصبحت الطفلة قادرة على البقاء بالمدرسة طوال اليوم الدراسى بشكل كامل. وقد علق الباحثون على ذلك بقولهم أن مزج العقاب على تجنب الذهاب إلى المدرسة والاحجام عنها، بالتعزيز كان فعالا بشكل خاص فى إحراز مكاسب علاجية.. وقد أظهرت متابعة دامت من ٦ - ٩ أشهر عدم انتكاس أو عودة للأعراض المرضية إضافة إلى تحسن فى الأداء الأكاديمى.

ومن المهم أن نذكر هنا أن طريقة العلاج بالتشكيل التلقيني Prompting shaping مشابهة لإجراءات فنية التحصين التدريجى (سلب الحساسية بطريقة منتظمة) لكن بدون استخدام أساليب الأسترخاء Relaxation أو التشريط المضاد Counter conditioning technèque مثل الصور التى تثير إنفعال المريض.

وعـالج «كـوبر» Cooper (١٩٧٣) ـ أيضـا بنجـاح ـ مخاوف مرضية من المدرسة لدى طفلة فى السادسة من عمرها، بالتعاون مع الأم عن طريق إعادة بناء سلوك الأم. فقد طلب من الأم التى سبق لها أن عززت سلوك التغيب عن المدرسة، أن تتجاهل ذلك السلوك وأن تعزز التقارير الخاصة بالانشطة الترفيهية فى المدرسة. كما طلب من المعلمة أيضا أن تتجاهل بكاء الطفلة وصياحها وشكاواها من أية أعراض مرضية. وبعد مضى ثمانية عشر يوما، بدأت الطفلة فى المواظبة على الحضور إلى المدرسة، وبأقل معدل من ردود الفعل السلبية. وقد قرر «كوبر» بعد متابعة دامت ثمانية أشهر أن الطفلة لم تواظب على حضور المدرسة فحسب، بل أصبحت واحدة من المتفوقات فى فصلها.

واستخدم «دوليز» و «وليامز» Doleys and Williams (١٩٧٧) إجراء علاجيا مشابها لذلك الذى استخدمه (أيلون، سميث، روجرز) إلا أنه استعان بكلا الوالدين كعامل تغيير بدلا من الأم وحدها، وقد قام الباحثان بتعزيز سلوك الطفل المرتبط بالتقريبات المتتابعة(١٠) للحضور إلى المدرسة، ووضعا كذلك نظاما بمقتضاه يقوم العاملون فى المدرسة باستدعاء الوالدين بعد أى سلوك فوضوى يقوم به الطفل. عندئذ يقوم الوالدان بتنفيذ العقاب حيث يضعوا الطفل فى غرفة صغيرة يستطيع أن يخرج منها فقط ليعود إلى الفصل المدرسى. وكذلك أعيدت صياغة سلوك الوالدين غير المشروط فى البيت. وخلال ثلاثة أسابيع من بداية البرنامج بدأت المواظبة على الحضور إلى المدرسة بشكل كامل. وبعد أربعة أشهر من المتابعة كانت المواظبة فضلا عن الأداء الاكاديمى مقبولين إلى حد كبير.

ويتعين أن نذكر أن هذه الدراسة استخدمت أيضا التقريبات المتتابعة، بالإضافة إلى كل من النتائج التنفيرية، وإجراءات التعزيز الايجابية البسيطة. وبالتالى، من غير الممكن تحديد أية مكونات أو أية تفاعلات بين هذه المكونات هى التى أسهمت فى فعالية العلاج.

وكتب «إدلند» Edlund (١٩٧١) تقريرا عن علاج ناجح لطفلة فى السابعة من عمرها عن طريق تغيير نماذج التعزيز فى البيت. وبرر ذلك بقوله «أن المعززين فى المدرسة لم يكونوا فعالين فى تغيير سلوكها..» ذلك أن الطفلة رفضت الحضور إلى المدرسة رغم أنه سمح لها أن تأتى إلى المدرسة بصحبة والديها، ثم حدث أنها هربت منها عندما سنحت لها الفرصة. وحتى عندما كانت تبقى فى المدرسة كان سلوكها داخل الفصل المدرسى تخريبيا إلى حد كبير. ولما استخدم الوالدان تعزيزا إجتماعيا وماديا وأنشطة مشروطة، جاء التقرير من المدرس بأن سلوكها أصبح تعاونيا وغير تخريبى. وكان بكاؤها قد انقطع بعد أربعة أيام من بداية البرنامج الذى استمر طوال ثلاثين يوما، ثم توقف نظرا لإنتهاء العام الدراسى، غير أنه طرأ تحسن كبير فى مواظبتها على المدرسة، وكذلك فى الأداء الاكاديمى والقدرات الاجتماعية.

وعالج «تاميسيان» و «ماك رينولدز» Tahmisian and M. C. Reynolds (١٩٧١)، فتاة فى الثالثة عشر من عمرها، كانت قد عولجت من قبل بفنية التحصين التدريجى (سلب الحساسية المنظم) لكن هذه الفنية لم تنجح فى إحراز أى تقدم، لذا استخدم الباحثان هذه المرة إجراءات أدائية فى تشكيل السلوك: Instrumental behvior-shaping procedures إضافة إلى تدريب والدى الطفلة على أن يكونا عاملى تغيير فى السلوك. وكان على الطفلة أن تمشى أولا حول المدرسة لفترات متزايدة من الوقت ـ كاجراء أولى ومبدئى ـ وذلك بعد إنقضاء اليوم الدراسى وانصراف كل تلاميذ المدرسة ثم فى إجراء ثان خلال اليوم الدراسى، وأخيرا كان عليها أن تحضر فى الفصل لفترات متزايدة من الوقت. وكان التعزيز مشروطا بالنجاح فى إكمال البرنامج اليومى لعلاجها. وقد وصلت الفتاة إلى مرحلة المواظبة الكاملة على الذهاب إلى المدرسة مع نهاية الأسبوع الثالث، وأظهرت أربعة أسابيع من المتابعة عدم حدوث أية اعراض خوافية (فوبياوية) من المدرسة.

وفى هذه الدراسة ـ كما فى الدراسات السابقة التى عرضناها ـ نرى أن إجراءات التشكيل، وكذلك إجراءات التعزيز يختلط بعضها ببعض، علاوة على أن إحتمال إفادة الطفلة من علاجها بفنية التحصين التى عولجت بها من قبل، ورغم أنها لم تحقق نجاحا يذكر، إلا أنه بأى حال من الأحوال لايمكن اغفالها.

وفى دراسة أخرى استخدم بعض العاملين المهمين فى المدارس كعوامل تغيير. فقد كتب « هيرسن » Hersen (١٩٧٠)

تقريرا أشار فيه إلى استخدام الشخص القائم بعمليتى الارشاد والتوجيه فى المدرسة (رغم أن الأم هى عامل التغيير الرئيسى) فى علاج ناجح لصبى فى الثانية عشر من عمره. وقد تطلبت المعالجة وجود ثلاثة عناصر منفصلة، ولكن بينها علاقة. وقد قوبلت الأم كعنصر أول – على مدار ثلاثة عشر جلسة إستشارة للقيام بالتعزيز المناسب، وللقيام بإجراءات الإنطفاء ذات الصلة بالمواظبة الملائمة على الذهاب إلى المدرسة، وتناولت جلسات الاستشارة كذلك السلوكيات المتعلقة بالمدرسة، وأيضا تبريرات الصبى وبكائه قبيل مغادرة المنزل. كذلك كان هناك إتصال – من جانب المعالج بالمرشد كعنصر ثان – والذى يمكن أن يلجأ إليه الطفل فى محاولاته لتجنب دخول الفصل، وكان الاتصال به من أجل دعم برنامج العلاج. العنصر الثالث أن الطفل قوبل خلال خمسة عشر جلسة إستشارة فردية فى محاولة لتزويد المعالج بفرصة لتعزيز أنماط السلوك المطلوبة المناسبة وإطفاء أنماط السلوك النكوصية (كالبكاء واللجوء إلى التبرير والتماس الأعذار) من خلال التجاهل وعدم التعزيز. كذلك سمحت الجلسات للصبى أن ينفس عن مشاعر العداء المتعلقة بتغيير الاتجاهات سواء في البيت أو فى المدرسة. وكان البرنامج ذى الثلاثة أجزاء فعالا فى إزالة جميع أنماط سلوك الإحجام عن الذهاب إلى المدرسة خلال خمسة عشر أسبوعا. وأشارت متابعة لمدة ستة أشهر أن مواظبة الصبى لم تكن كاملة فحسب بل كان هناك كذلك تحسنا فى أدائه الاكاديمى.

واستعان « براون »، و «كوبلاند» و «هول» Brown, Copeland, and Hall (١٩٧٤) بمدير مدرسة ابتدائية لتعديل سلوك صبى فى الحادية عشرة من عمره يعانى خوفا مرضيا من المدرسة من خلال التعزيز المنظم Systematic reinforcement وإجراءات التشكيل. وقد وضع نظام للاحتمالات (بمعنى امكانية حدوث اشياء غير متوقعة) وبحيث يستطيع الصبى فى ظل التعزيز والتشكيل من ناحية ثانية أن يحصل على نقاط نظير لقائه فى ردهات وأروقة المدرسة بصفة عامة، أو فى قاعات الدراسة، وبالتالى يكون الأمر ممهدا لدخوله الفصول الدراسية فى أوقات محددة. على أنه يمكن بعد ذلك مقايضة النقاط بتذاكر لمباراة كرة القدم للمحترفين. وقد قام مدير المدرسة بكل هذه العمليات، فهو الذى شرح للصبى نظام الاحتمالات وهو الذى طبق هذا النظام. وبحلول اليوم الثانى عشر كان الصبى يقضى جميع وقت المدرسة فى الفصل الدراسى، كما أثبتت فترات المتابعة التى أمتدت طوال ما تبقى من العام الدراسى وعشرة أسابيع من العام الدراسى الذى يليه حضوره المتواصل إلى المدرسة بالإضافة إلى مشاركة ناجحة واستمتاع بالعمل الاكاديمى رغم توقف نظام التعزيز الذى كان متبعا مع الصبى منذ بدء إجراءات العلاج.

واستخدم «لى أونز» و «سيمزجلوز» Le-Unes and Siemsglusz (١٩٧٧) شخص شبه محترف لممارسة الاجراءات العلاجية السلوكية (وهو فى حقيقة الأمر طالب جامعى تخصص فى الدراسات الإنسانية وخاصة علم النفس) وذلك ليعالجا بنجاح فتاة تبلغ الرابعة عشرة من عمرها وتشكو خوفا مرضيا من المدرسة. كان الطالب يقوم بتوصيل الفتاة إلى المدرسة ويعود بها منها. فى الصباح كانا يقومان بجولة لمشاهدة المناظر الطبيعية بحيث يصلا متأخرين إلى المدرسة. وبعد الظهر كانا يذهبان إلى صالة داخلية بالمدرسة يتناولان «الأيس كريم» ويناقشان أحداث اليوم. وبالتدريج كان الوقت المنقضى قبل وبعد المدرسة يتناقص، فى حين كانت إجراءات التعزيز من جانب الطالب تتزايد، إضافة إلى أن الوقت المنقضى مع الفتاة كان له دور رئيسى فى زيادة فعالية إجراءات التشكيل. وقد أشار الباحثان إلى أن هذه الإجراءات قد اكملت بأنشطة أخرى صممت لمعالجة القلق وبناء الثقة بالنفس، من هذه الانشطة استخدام فنية لعب الدور(١١) وإعمال أخرى تدعيمية، ومراقبة للتقدم الذى أحرزته الفتاة فى المدرسة وعلاج نفسى جماعى مختصر، لكن هذه الإجراءات على أية حال لم تحدد – بشكل نوعى خاص. وخلال شهرين تلاشت جميع أعراض المخاوف، وتحسن الأداء الاكاديمى بشكل كبير.

وعالج « باترسون » Patterson (١٩٦٥) بنجاح صبى فى السابعة من عمره يشكو مخاوف مرضية من المدرسة مصحوبة بعجز شديد عن الانفصال عن والديه (خاصة أمه). وقام «باترسون» بنفسه ـ بدور عامل التغيير الأولى والأساسى لسلوك الطفل. وقد استطاع أن يشكل سلوك الطفل مستخدما فى ذلك الإطراء اللفظى والمعززات الرمزية(١٢) وذلك فى سعيه لتحقيق استقلال الصبى عن أمه فى غرفة الاستشارة. كما

استخدم «باترسون» مع الصبى فنية اللعب بالدمى doll-play والتى روعى فيها أن تتجانس تماما مع الماعات[١٣] موقفية مستمدة من بيئة الطفل، وأن يكون تركيبها مساعدا فى تشكيل سلوك الطفل عن طريق ذلك أمكن تعـزيز السلوك المستـقل والتوكيدى فى سياق جلسات اللعب. وعندما أظهر الصبى تعاظما فى الإعتماد على نفسه، زادت مقادير المعززات الأولية والثانوية المقدمة له. وبعد مرور إحدى عشرة جلسة كان بمقدوره دخول المدرسة وقضاء بضع دقائق فى الفصل الدراسى، وبمزيد من الجلسات زاد الوقت المنقضى فى المدرسة تدريجيا إلى أن جاءت الجلسة الثالثة والعشرين، إذ عندها تمكن الطفل من استئناف مواظبته الكاملة على حضور المدرسة. وأظهرت ثلاثة أشهر من المتابعة حضورا متواصلا بالإضافة إلى توافق شامل فى حياة الطفل المدرسية دال على التحسن.

وقد علقت الأم على هذا التحسن بقولها «لقد أصبحت فنيات العلاج أمر مألوف لدى، ولقد أعادت هذه الفنيات «كارل» Karl إلى مدرسته، ولم تعد لديه أية مخاوف من ترك الأم بمفردها، ولم تعد لديه أية رهبة من المدرسة.

ولاشك فى أن كثيرا من الدراسات التى أشرنا إليها حتى الآن ـ وخاصة دراسة «لى أونز» و «سميز جلوز» تلفت الانتباه إلى أن هناك ثلاث مشكلات رئيسية فى محاولتنا فهم فعالية أساليب أو فنيات العلاج السلوكى المختلفة بصفة عامة والمتعلقة بعلاج المخاوف المرضية من المدرسة على وجه الخصوص وهذه المشكلات الثلاث يمكن الإشارة إليها على النحو التالى :

الأولى : أن التمييز بين أساليب التشريط الكلاسيكى وأساليب التشريط الإجرائى، ليس أمرا سهلا، بل ويحتاج إلى مزيد من التوضيح. وعلى الرغم من أن كثيرا من الباحثين يميزون بدقة بين فنية التحصين التدريجى «أو سلب الحساسية بطريقة منتظمة»، وفنية التشكيل، إلا أن هذا التمييز لايزال موضع تساؤل، ففى حالة المعالجة بطريقة التحصين التدريجى نجد أن الفنيات الأخرى المصاحبة، والتى تستخدم الاسترخاء و/أو الصور التى تثير الانفعالات السارة، يمكن أن تكون موجودة، بينما حالة المعالجة بفنية التشكيل فإن هذه الأساليب عادة ما تكون غائبة. وعلى أية حال فإنه من المهم أن نتذكر أن التحصين التدريجى كى يكون فعالا ينبغى أن يتضمن العناصر السابقة (الاسترخاء، والتخيل).

الثانية : أن جميع الأساليب العلاجية التى تعتمد على المجابهات المباشرة ومواجهة المواقف المثيرة للخوف المرضى تكون بين شخصين، وتتطلب تفاعلا لفظيا Verbal Inter-action ولكن يلاحظ أن بعض هذه الدراسات لاتعترف بتأثير العلاقة العلاجية أو التفاعلات الناجمة عن هذه العلاقة. وهذا يشير إلى أن هناك أساليب علاجية (وهى أساليب فى واقع الأمر غالبا ما تكون غير متخصصة أو غير موحدة من حيث الاستخدام مع بقية الأساليب) مثل إعادة التوكيد، والتأييد النفسى، والتأويلات التى تهدف إلى إيجاد حلول تعتمد على الإستبصار، مما يمكن معه أن تكون غير متسقة مع أى من نماذج السلوك المحددة المكونة لأساليب العلاج السلوكية الرئيسية، لذلك يصبح من الصعب، إن لم يكن من المستحيل، تقييم فعالية أساليب العلاج السلوكية المختلفة.

الثالثة : أن معايير التحسن (مآل العلاج) غير موحدة فى هذه الدراسات سواء من حيث المحتوى أو من حيث وقت التقييم.

ثالثا : الفنيات العلاجية التى تعتمد على الجمع بين نموذجى التشريط التقليدى والتعلم الإجرائى:

وأما محاولات الجمع بين نموذج التشريط التقليدى ونموذج التعلم الإجرائى فى مجال علاج المخاوف المرضية من المدرسة فهى محاولات تكاد تكون منعدمة. فحين نستعرض أدبيات البحث السيكولوجى للعثور على دراسات حاولت الافادة من كلا النموذجين لانجد إلا دراسة واحدة أجريت فى منتصف الستينيات من هذا القرن. ونعنى بها تلك الدراسة التى أجراها (لازاروس، ديفيسون، بولفكا) Lazar-us, Davison and polefka (١٩٦٥)، إذ حاولوا دمج عناصر من التشريط التقليدى ونماذج من التعلم الإجرائى، ونجحوا بالفعل فى علاج صبى يبلغ التاسعة من عمره ويشكو خوفا مرضيا من المدرسة. وقد مر برنامج علاج هذا الصبى بمرحلتين أولاهما: محاولات أولية لتطبيق فنية التحصين

التدريجي في الخيال لكنها كانت غير موفقة إذ أخفق الصبي وهو موجود داخل مكتب الاستشارة أن يتخلص من مخاوفه باستخدام هذه الفنية، ولكن عندما حاول المعالجون (القائمون بالدراسة) استخدام نفس الفنية ولكن في الواقع من خلال مصاحبة الطفل لتغيير وتعديل بعض سلوكه، لاحظوا أن مشاعر القلق تنخفض وتتناقص. وذلك عن طريق استخدام وسائل عديد ة مثل: ملاطفة الطفل ومداعبته، تشجيعه، تدريبه على الاسترخاء، ثم أخيرا إستخدام الصور الإنفعالية بمعنى إستخدام صور مختارة بعناية وذات صلة بمناسبات سارة مثل أعياد الميلاد، وزيارة مدينة ديزني لاند، وربط كل منظر في هذه الصور بمواقف ذات صلة بالمدرسة. وبعد أن استمر هذا البرنامج لمدة أسبوع كامل مع الطفل، استطاع أن يقضي الفترة الصباحية بأكملها في الفصل. إلا أنه لسوء الحظ حدث توقف عن التقدم في مراحل تالية للمعالجة وبشكل عارض. وعندما وصل الطفل إلى هذه النقطة، أعد المعالجون خطة علاجية لمواجهة أية احتمالات متوقعة يستطيع الصبي بموجبها أن يحصل على إثابات (مكافآت) إذا تمكن من دخول المدرسة والبقاء فيها بمفرده.

وعلى الرغم من أن إجراء التعزيز على يد المعالج له بعض التأثير، إلا أن الأم - في هذه الحالة - كان لها دور كعامل تغيير يتعين الإشارة إليه في إحداث التعديل المرغوب في السلوك وبعد مرور أربعة أشهر ونصف تمكن الصبي من الإنتظام في المواظبة على الذهاب إلى المدرسة مع ظهور أدنى مستويات للقلق.

وهكذا كان الجمع بين العوامل التقليدية الكلاسيكية والعوامل الاجرائية، بمعنى الجمع بين ما تحمله عوامل كل منهما من الفشل والنجاح هو الذى حدا بالمعالجين إلى القول بأن هناك صيغة لما يسمى بالنموذج المشجع على أن يواجه الطفل المخاوف بنفسه. وهذه الصيغة مؤداها أنه عندما يكون السلوك التجنبي (الاحجامي) مدفوعا بمستويات عالية من القلق، فإن الأمر يتطلب حينئذ استخدام فنيات التشريط المضاد في شكلها التقليدي، وعندما يكون القلق في أدنى مستوياته، ويظهر أن السلوك التجنبي أو الاحجامي سيظل باقيا بسبب المُعززات الثانوية المتنوعة، فإن الأمر يتطلب حينئذ تطبيق استراتيجيات إجرائية.

* خلاصة عامة لما تناولته الدراسة:

ليس ثمة شك في أن المخاوف المرضية من المدرسة خبرة مؤلمة بل ومفزعة بالنسبة للأطفال، كما أنها في المقابل تعد مشكلة محيرة ومحبطة بالنسبة للوالدين وللأشخاص المسئولين في المدرسة. ولذلك يتعين على المدرسين، والمرشدين، والاخصائيين النفسيين، والمديرين، والأطباء، والوالدين أن يكونوا يقظين عند ظهور الأعراض الأولى لتلك المخاوف المرضية. ذلك أن التعرف عليها بسرعة، يجعل من تصحيح السلوك الخاطيء فيها، أو معالجته أمر عاجل وفعال في آن واحد. كما أن الأطفال ذوو المخاوف المرضية من المدرسة لايمكن اعتبارهم متمارضون يتهربون من واجب عليهم أن يؤدونه، ولاهم في ذات الوقت يتعمدون التغيب عن المدرسة دون عذر وإنما هم - في حقيقة الأمر - أطفال في حاجة إلى معاونة علاجية من شخص متخصص.

والمستعرض للدراسات الأجنبية التي استخدمت فنيات علاجية سلوكية لعلاج المخاوف المرضية من المدرسة، يستطيع أن يصل إلى معنى مؤداه أن هذه الدراسات أجريت على نحو عال من الضبط، وهذا واضح بالفعل في عديد من الدراسات التي أتيح للباحث الإطلاع عليها وعرضها، كما أن هناك تأكيد متزايد على أن هذه الفنيات ان لم تكن أكثر فاعلية في علاج هذا الأضطراب من غيرها من أساليب العلاج التقليدية الأخرى، فإنها على الأقل تقف على قدم المساواة مع هذه الأساليب من حيث تحقيقها لنسب عالية من الشفاء لمعظم الحالات تبدو في تخلص هذه الحالات من العصاب والسلوك الخوافي.

وهناك أربعة إعتبارات يراها بعض الباحثين فيما يتعلق بأفضلية علاج هذا الإضطراب بالفنيات السلوكية المتعددة، علاوة على أنها فنيات ذات فعالية واضحة في هذا الصدد. وهذه الاعتبارات الأربعة هي: (Mc Donald, J. & Shepherd, 1976, 291-300).

(أ) أن سلوك الطفل يلاحظ ويقاس مباشرة، فضلا عن التفسيرات المستمدة من الوالدين، والرجوع إلى الاشخاص المسئولين في المدرسة.

(ب) أن المعالج السلوكي يستطيع أن يلاحظ، وأن يحلل علاقة الطفل - الأم، علاقة الطفل - المدرسة والتفاعلات

المصاحبة لهاتين العلاقتين، قبل، وأثناء العلاج، فضلا عن الاعتماد على دقة التقارير اللفظية.

(ج) أن هناك تعاون وثيق بين المعالج من ناحية، وأحد الوالدين أو كليهما من ناحية أخرى، وبين المعالج والمدرسة من ناحية ثالثة، وهذا التعاون يضمن إلى حد كبير إمكانية أن تكون أساليب العلاج السلوكية، ممثلة فى تفاصيل إجراء الفنية، موصوفة على وجه الدقة، ومطبقة بكل معنى الكلمة، مما يستبعد معه المعالجون السلوكيون التأويلات الغامضة والتفسيرات المبهمة فضلا عن سوء الفهم.

(د) أن التدخلات العلاجية السلوكية تتطلب الموضوعية، والتقديمات المنتظمة، والبيانات التى يعول عليها لكونها صادقة، مما يتيح الفرصة للمعالج أن يصدر أحكاما صائبة، وأن يقرر الخطوات الفعالة للعلاج.

كما أن بعض هؤلاء الباحثين ـ ينظر إلى فعالية الفنيات السلوكية فى علاج فوبيا المدرسة من زاوية أن هذه الفنيات تعتبر نموذجا للمنحى العلاجي الذى يبدو فيه منحى الفريق المتعدد الضبط Multidisciplinary Team Approach، بمعنى أن هناك جهود متضافرة، وإفادة من خبرات المربين، السيكولوجيين والأداريين، والأطباء. وهذه الجهود من لدن هؤلاء الاشخاص تفيد الطفل مباشرة من خلال التعرف المختصر والسريع على الأعراض، وتضمن عودة الطفل الباكرة إلى المدرسة.. ومن هنا يقرر بعض الأطباء أن هذا الاضطراب يمكن النظر إليه على أنه اضطراب نفسى ـ جسمى Psychosomatic disorder، كذلك يضع الاداريون جداولا للسلوك التكيفى المتوائم من جانب الطفل، ويعدلون قدر الامكان فى بيئة المدرسة، قد يؤدى بعض المربين ـ كما فى دراسة براون وآخرون (١٩٧٤) ـ دور المعالج أو لنقل دور المتابع للتوصيات التى يقترحها اخصائيو العلاج السلوكى. وهذا كله يتيح للوالدين فرصة الاشتراك الفعلى فى برنامج تشخيص وعلاج الاضطراب وأن يقوموا بأنفسهم فى بعض الأحيان بدور عوامل التغيير.

غير أن المراجعة الناقدة لهذه الدراسات وغيرها كثير مما تتيحه أدبيات البحث السيكولوجى، تكشف عن أنه بالرغم من عدم وجود دراسات نقدية مصممة ومطبقة بشكل منتظم لتقدير الفعاليات النسبية للفنيات السلوكية التى تصدت لعلاج فوبيا المدرسة، وأنه بالرغم من أن تقارير الحالات تشير إلى أن هذه الفنيات العلاجية السلوكية كانت فعالة بالفعل فى تعديل السلوك الخوافى من المدرسة، إلا أن الرؤية النقدية تجاه هذه الدراسات أشارت فى ذات الوقت إلى وجود أشياء مبهمة وغير واضحة فى العلاج بهذه الفنيات وذلك ليس فقط على مستوى التطبيق الاجرائى ولكن أيضا على مستوى الاساس النظرى الذى تنطلق منه هذه الفنيات، فإستخدام فنية التحصين التدريجي (أو سلب الحساسية بطريقة منتظمة) فى ضوء نماذج التشريط التقليدى ونماذج التعلم الإجرائى يجعل من الصعب أن نفهم الفعالية النسبية لهذه الفنية، بالإضافة إلى أن هناك مزيد من الصعوبة فى فهم فاعلية العلاج بهذه الفنيات بنوعيها فى حالة ما إذا كان استخدام الفنيات السلوكية المعرفية والفنيات غير السلوكية من خلال العلاقة العلاجية. ونظرا إلى أنه لاتوجد أبحاث ودراسات مقارنة مضبوطة فإن فعالية الفنيات العلاجية السلوكية (فى مقابل الشفاء التلقائى أو اللاعلاج، على سبيل المثال، أو فى مقابل أى نمط آخر من أنماط العلاج النفسى) لايمكن تقييمها بالشكل الملائم. بالاضافة إلى أنه لايمكن إغفال أهمية العوامل العلاجية غير النوعية، إذ أنه من غير الممكن التعرف على أثرها من خلال المادة التى يتاح للمعالج التوصل إليها علاوة على أن هناك افتقار إلى المعايير المقننة للحكم على معوقات التحسن عند استخدام فنيات علاجية سلوكية بصفة عامة، أما فيما يتعلق بعلاج فوبيا المدرسة فربما تكون هذه الفنيات فعالة حقا بسبب ما تقدمه من بدائل ومقترحات. ويبقى فى النهاية الإشارة إلى أن هناك حاجة إلى مزيد من البحوث والدراسات التى يتعين عليها أن تركز على:

(أ) المقارنة بين الفنيات السلوكية فى علاج المخاوف المرضية من المدرسة وغيرها من الاساليب العلاجية الأخرى.

(ب) وضع خطوط رئيسية واضحة للفنيات العلاجية المستخدمة.

(ج) تقنين المقاييس التى تستخدم كمحكات أو معايير.

الهوامش

١ ـ للباحث الحالى دراسة سابقة بعنوان «الخوف المرضى من المدرسة (فوبيا المدرسة): فى ضوء نظرية قلق الإنفصال» رؤية تحليلية ناقدة (قيد النشر).

٢ ـ يرجع الفضل فى وضع هذه الفنية إلى «جوزيف فولب» Joseph Wolpe الذى ولد فى امريكا عام (١٩١٥)، واهتم فى بادىء الأمر بالتحليل النفسى، كما اهتم بنظرية «فرويد» حول الشخصية، ومفهوم الصراع، والقلق، وبعد ذلك اهتم «فولب» بدراسة الاشراط الكلاسيكى عند «بافلوب»، وفى عام (١٩٤٥) تعرف على «كلارك هل» وتأثر بمفهوم التعزيز لديه، وكان أول ما كتب «فولب» (العلاج النفسى بطريقة الكف بالنقيض عام ١٩٥٨) أشار فيه إلى المكونات الأساسية فى العلاج السلوكى.

٣ ـ لمزيد من التفاصيل عن فنية التحصين التدريجى يمكن الرجوع إلى : (عبدالرحمن سليمان، ١٩٨٨: ٢٨ ـ ٣٥).

٤ ـ الغمر Flooding أسلوب من أساليب العلاج السلوكى يتعرض فيه الفرد وعلى نحو مباشر لموقف بأقصى شدة ممكنة دون أى تدرج فى ذلك (جابر عبدالحميد، علاء كفافى، ١٩٩٠، جـ٣: ١٣٠٤).

٥ ـ ميز «ألتى وآخرون» Ultee, C. et al. (١٩٨٢) بين نوعين من التحصين التدريجى، يرون انهما اسلوبان يعتمدان على التأثير المباشر فى خفض القلق وسلوك التجنب أو الاحجام المصاحب له، وأن هذان الاسلوبان هما:

(أ) التحصين التدريجى فى الواقع: Invivo desensitization وهو الذى تكون فيه صورة العنصر الاساسى المواجهة الصريحة مع المثيرات المحسوسة للقلق.

(ب) تحصين تدريجى فى الخيال: In Vitro Desensitization وهو الذى يستخدم فيه التمثيل الرمزى Symbolis representation للمثيرات الباعثة على القلق مثل الصور، الشرائح الملونة .. الخ (Ultte, C. et al., 1982, PP. 61-67).

٦ ـ العلاج بالتفجر الداخلى فنية من فنيات العلاج السلوكى، يشجع فيه المريض عدة مرات على أن يتخيل موقفا مثيرا للقلق وأن يعيشه إلى أقصى درجة ممكنة فى أثناء هذا التخيل، ولما كان الموقف لا يتضمن تهديدا حقيقيا ولا يثير القلق فى الواقع فإن استجابة القلق لا تلقى تدعيما ومن هنا فإنها تضعف بالتدريج إلى أن تتلاشى. (جابر عبدالحميد جابر وعلاء الدين كفافى، ١٩٩١، جـ٤: ١٦٨٣)

٧ ـ إدارة التعزيز Reinforcement management: تنظيم إدارة التعزيز واستخدامه فيما يتصل بالاسئلة الآتية: من الذى يعزز؟ وما مقدار التعزيز الذى يقدم؟ وعلى أى قدر من العمل؟ ومتى يقدم التعزيز؟ ومم يتألف؟.

٨ ـ إحتمالية الإتكال هى العلاقة الإتكالية، والاعتمادية بين حدثين أو واقعتين كتلك العلاقة التى تتكون بين الاستجابة والمكافأة. أى أن هذا المفهوم يشير إلى مدى توقف قيم متغير على متغير آخر.

٩ ـ يعرف التشكيل بأنه الاجراء الذى يشتمل على التعزيز الإيجابى المنظم للاستجابات التى تقترب شيئا فشيئا من السلوك النهائى بهدف إحداث سلوك لا يوجد حاليا. فتعزيز الشخص عند تأديته سلوكا معينا لا يعمل على زيادة إحتمالية حدوث ذلك السلوك فقط، ولكنه يقوى السلوكيات المماثلة له أيضا (Martin and Pear, 1983). والتلقين هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية بهدف زيادة إحتمالية الفرد للسلوك المستهدف (Foxx., 1982).. ويقال مثيرات تمييزية إضافية من أجل تمييزها عن المثيرات التمييزية المتوفرة أصلا فى البيئة. فالمثيرات التمييزية المساندة لا تصاحب السلوك فى العادة وإنما يزودها للشخص (الذى يعالج بهذه الفنية) شخص آخر بهدف الوصول إلى غاية معينة.. بمعنى آخر، التلقين فى الحقيقة هو حث الفرد على أن يسلك على نحو معين والتلميح له بأنه سيعزز على ذلك السلوك. وتجدر الإشارة هنا إلى أن التلقين ثلاثة أنواع: لفظى، إيمائى، جسمى (جمال الخطيب، ١٩٨٧: ١١٢).

١٠ ـ التقريبات المتتابعة Successive approximations حين يتم تعزيز الاستجابة التى تشبه السلوك النهائى إلى حد ما، ويتم هذا التعزيز بشكل منظم ويستمر على هذا النحو إلى أن تصبح استجابة الطفل قريبة أكثر من السلوك النهائى، تسمى عملية تشكيل السلوك بهذه الطريقة التقريبات المتتابعة (الباحث).

١١ ـ لعب الدور Role-Playing.

أسلوب تعليمى إرشادى يتضمن قيام الفرد بتمثيل دور معين بطريقة نموذجية تهدف إلى تعلمه الدور أو إلى فهم أفضل للمشكلات التى يواجهها عند القيام به (الباحث).

١٢ ـ المعززات الرمزية هى نوع من المعززات قابل للاستبدال، وهى عبارة عن رموز معينة (كالنقاط، أو النجوم، أو الكوبونات أو أية أشياء أخرى) يحصل عليها الطفل عند تأديته السلوك المقبول المراد تقويته ويستبدلها فيما بعد بمعززات أخرى. والمعززات الرمزية ليست لها أية قيمة تذكر فى حد ذاتها، ولكنها تستمد قيمتها من إمكانية استبدالها بمعززات أولية وثانوية مختلفة تسمى المعززات الداعمة (الباحث).

١٣ ـ يقصد بالإلماعات Cues إشارات إلى فعل أو تصرف، وتلك الاشارات توجه وترشد السلوك. وقد تكون جزءا من المثير التجريبى، وفى هذه الحالة فإنها تكون علامة على ظهور إستجابة إجرائية (جابر، كفافى، ج٢، ١٩٨٩: ٨٢٣).

المراجع العربية

(١) جابر عبدالحميد جابر، علاء الدين كفافى، معجم علم النفس والطب النفسى، انجليزى ـ عربى، الجزء الثانى، القاهرة: دار النهضة العربية، ١٩٨٩.

(٢) جابر عبدالحميد جابر، علاء الدين كفافى، معجم علم النفس والطب النفسى، انجليزى ـ عربى، الجزء الثانى، القاهرة: دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

(٣) جابر عبدالحميد جابر، علاء الدين كفافى، معجم علم النفس والطب النفسى، انجليزى ـ عربى، الجزء الثانى، القاهرة: دار النهضة العربية، ١٩٩١.

(٤) جاسم الكندرى، راشد سهل، الخواف المدرسى: مفهومه، نظرياته، طرق علاجه، رسالة الخليج العربى، العدد الأربعون، السنة الثانية عشرة، الرياض: مكتب التربية العربى لدول الخليج، ١٩٩٢. ٣٣ ـ ٦٣.

(٥) جمال الخطيب، تعديل السلوك: القوانين والاجراءات، عمان: دائرة المطبوعات والنشر، ١٩٨٧.

(٦) عبدالرحمن سيد سليمان، دراسة مقارنة لأثر أسلوبى التحصين التدريجى واللعب غير الموجه فى تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس ١٩٨٨.

(٧) عبدالرحمن سيد سليمان، الخوف المرضى من المدرسة: (فوبيا المدرسة) فى ضوء نظرية قلق الإنفصال، رؤية تحليلية ناقدة، قيد النشر.

(٨) فيصل محمد خير الزراد، علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، بيروت: دار العلم للملايين، ١٩٨٤.

المراجع الأجنبية

9- **Atkinson. L, Quarrington. B. Cyr.** J. School refusal: the heterogeneity of the concept. American Journal of orthopsychiatry, 1985, 55, 83-101.

10- **Ayllon, T., Smith D., & Rogers** M. Behavioral management of school phobia, Journal of Behavioral therapy and Experimental Psychiatry, 1970, I, 125-138.

11- **Berg, I. Nichols K. and Pritchard,** C. School phobia. Its classification and Relationship to Dependency, Journal of child psychology and psychiatry, 1969, 10.

12- **Blagg,** N. School phobia and Its Treatment, London: Croom Helm Ltd, 1987.

13- Brown, R., Copland, R. C., & Hall, R.V. School phobia: Effects of behavior modification treatment applied by an elementary school principal. Child study Journal, 1974, 4, 125-133.

14- **Chapel, J. L.** treatment of a case of school phobia by reciprocal inhibition. Canadian Psychiatric Association Journal, 1967, 12, 25-28.

15- **Croghan, L.M.** Conceptualizing the critical elements in a rapid desensitization to school anxiety: A case. study. Journal of pediatric psychology, 1981, 6, 165-169.

16- **Doleys, D.M., & Williams,** S. C. The use of natural consequences and a make - up period to eliminate school phobic behavior: A case study. Journal of school psychology, 1977, 45, 44-49.

17- **Edlund, C.V.** Areinforcement approach to the elimination of a child's school phobia. Mental Hygiene, 1971, 55, 433-436.

18- **Eysenck, H. J., & Rachman,** S. The causes and cures of Neurosis. San Diego: Knapp, 1965.

19- **Foxx. R. M.** Increasing behaviors of severely retarded and autistic persons. champaign, Illinois: Research press, 1982.

20- **Frick, W. B.** School phobia: A critical of the literature. Merrill palmer Quarnrtly. 1964, 10, 361-374.

21- **Gavery, W. P., & Hegrenes, J. R.** Desensitization techniques in the treatment of school phobia. American Journal of Orthopsychiatry. 1966, 36, 146 - 152

22- **Gordon, D., & Young,** R. School phobia: A discussion of aetiology, treatment and evaluation, Psychological Review 39, 783-804, 1976.

23- **Hersen, M.** Behavior modefication approach to a school-phobia case. Journal of clinical psycholigy, 1970, 26, 128-132.

24- **Hersov, L. A.** Refusal to go to school, Journal child psychology and psychiatry, 1960, 1 (2): 137-145.

25- **Hsia,** H. Structiral and Strategic Approach to school phobia/ School Refusal, psychology in school. 1984 ,21: 360-367.

26- **James E. Mcdonald & Sheperd.** G. School phobia: An overview. Journal of school psychology, 1976, Vol. 14,4..

27- **Kelly, E. W.** School phobia: A review of theory and treatment. psychology in the schools, 1973, 10, 33-42.

28- **Kennedy, W. A.** School phobia: Rapid treatment of Fifty Cases. Journal of abnormal Psychology, 1965, 70, 285,-289.

39- **Khan, J. H., Nursten, J. P. and Caraal.** H. Unwillingly to school, 3rd (ed) pergamon press: Oxford, 1981.

30- **Lazrus, A., & Abramouitz, A.** the ues of emotive therapy in the treatment of children's phobias In L. Ullman & L. Krasner (Eds), Case studies in behavior modifications. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1962, 300-304.

31- **Lazarus. A., Davison. G., & Polefka, D.** Classical and operant Factors in the treatment of a school phobia. Journal of Abnormal psychology, 1965, 70, 225-229.

32- **Le Unes, A., & Siemsglusz,** S. Paraprofessional treatment of school phobia in a young adolescent girt. Adolescence, 1977, 12, 115-121.

33- **Leventhal, T. & Sille, M.** Self-image in school phobia. American Journal of Orthopsychiatry, 1964 34, 685-695.

34- **Martin, G., and Pear, J.** Behavior modification: what it is and how to do it? (2nd ed.) Englewood cliffs, N. J.: Prentice-Hall 1984

35- **Miller, P. M.** The use of visual imagery and muscle relaxation in the Counterconditioning of phobic child: A case study. Journal of Nervous and Mental Disease, 1972, 154, 457-460.

36- **Ollendick, T. H., & Mayer, J. A.** School phobia. In S. M. Turner (Ed.), Behavioral theories and treatment of Anxiety. (PP. 367-411). New York: Plenum press, 1984.

37- **Patterson, G. R.** A learning theory approach to the treatment of the school phobic child In L. Ullman and L. Krasner (eds), Case studies in behavior modifican. New York: Holt, Rinehart and winston, 1965.

38- **Radin, S. S.** Psychotherapeutic considertions in school phobia. Adolescence, 1963, 3, 181-193.

39- **Smith R. E., & Sharp., I. M.** treatment of a school phodia with implasive therapy. Journal of Consulting and Clinical psychology, 1970, 35, 239-243.

40- **Tahmisian, J. A., & McReynolds,W.** Use of parents as a behavioral engineers in the treatment of a school phobic girl. Journal of Counseling psychology, 1970, 18. 225-228.

41- **Ullmann. P, Leonard & Krasner. L,** Case studies in Behavior Modification, Holt, Rinehart and Winston, Inc.

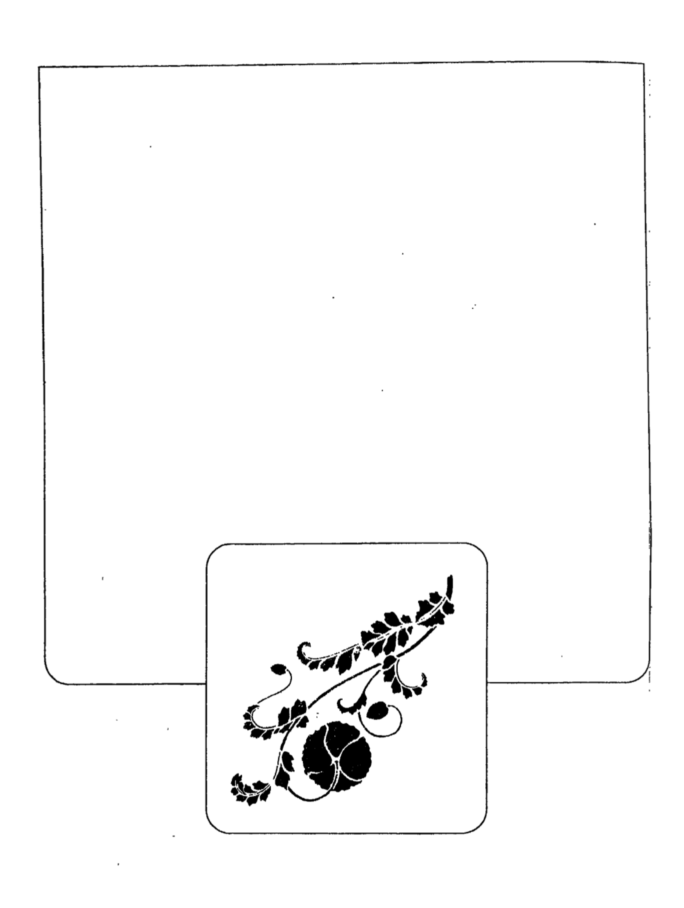
42- **Ultee, C. A. et al,** The reducation of Anxiety in children: A comparison of the effects of systematic Desensitization in Vitro and systematic Desensitization in Vivo, Behavior Research and therapy. 1982, Vol. 20, 61-67.

43- **Van Der Ploeg, H. M.** Treatment of Frequency of urination by stories Competing with anxiety. Journal of Behavior therapy and experimental psychiatry, 1975, 6, 165-166.

44- **Weiss, M., & Burke, A.** A5 to 10 year Follow-up of hospitalized school phobic children and adolescents. American Journal of Ortho-psychiatry, 1970, 40, 672-676.

45- **Wolpe, J.** Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford, CA: Stanford University, press, 1958.

46- **Yule, W.** Behavioral approaches to the treatment and prevention of school refusal. Behavioural Analysis & Modification, 1979, 3, 55-68.



مقارنة الأحاسيس الجمالية المصاحبة للتذوق بين فتيات نمطين من المؤسسات الإجتماعية وأسر طبيعية كمؤشر لسواء البيئة

د . إلهام عبدالرحمن خليل

مدرس علم النفس ـ بآداب المنوفية

تقديم

يعتبر المكون التعبيرى للسلوك مؤشرا جيدا للشخصية نظرا لما تتسم به من التلقائية وقربه من اللاوعى وبالتالى عدم إمكانية تزييفه، والأحاسيس الجمالية أثناء التذوق تندرج تحت هذا المكون، لذا سيكون محورًا لهذه الدراسة كمؤشر لأثر البيئة المغلقة والمتمثلة فى قرى الأطفال رغم الإدعاء بأنها تماثل البيئة الطبيعية ـ ودور الرعاية الاجتماعية وما تطبقه على خصائص الشخصية.

وبالتالى فإن أهمية هذه الدراسة تكمن فى :

١ ـ دخول دراسات المكون التعبيرى إلى مجال جديد، حيث أن الدراسات السابقة فى معرفة تباين المقيمين بالمؤسسات الاجتماعية عن المقيمين بالأسر الطبيعية ركزت على المكون الأدائى فقط للسلوك.

٢ ـ الأحاسيس الجمالية المصاحبة للتذوق الجمالى قد تكون مؤشرا جيدا لمدى ثراء البيئة الفيزيقية والاجتماعية بالمثيرات.

٣ ـ مع زيادة الإدعاءات بأن قرى الأطفال ـ SOS ـ تقترب من سواء البيئة الطبيعية والاجتماعية للأسر، يلزم التحقيق من ذلك علميا.

٤ ـ كذلك ركزت الدراسات السابقة على مستويين من ثراء البيئة، وهما فئتين فقط من الثلاث فئات التى ستدرسهم الدراسة الحالية وهم :

(أ) فتيات دور الرعاية الاجتماعية.

(ب) فتيات قرية الأطفال SOS.

(جـ) فتيات أسر طبيعية.

مصطلحات البحث

(١) التذوق الجمالى (والأحاسيس الجمالية المصاحبة له)

يعتبر مصطلح التذوق الجمالى إطارا أكثر سعة من التذوق الفنى. والتذوق كما يذكر دينس هويسمان ١٩٥٩ أنه لا يعنى

مجرد الرفض أو القبول للموضوعات الفنية بل يشير كذلك إلى دراية من جانب المتذوق بحالات وجدانية عديدة مختلفة يمكن تسميتها الخبرة الاستطيقية (٣، ص ٢، ٣). والتذوق الجمالى أكثر المتغيرات السلوكية شيوعا فى الاستجابات حيث يمثل نسيجا عاما يمتد فى جميع أنماط الاستجابات، أى هو أحد المكونات الأساسية فى أى استجابة بشرية (٤، ص ٧) وهذا ما أقره كيت هڤنر بقوله أن الخبرة الجمالية وظيفة معقدة وليست صنفا واحدا من النشاط منفصلا عن الأنواع الأخرى (٢٠ ص ٣٠١) ولا يمكن الإقرار بوجود تذوقا جماليا لمثير ما إلا بظهور المشاعر الداخلية له بغض النظر عن المثير، أى أن المشاعر الوجدانية الداخلية هى أساس مكونات خبرة التذوق الجمالى، ووظيفة الإدراك هنا استثارة تلك الوجدانية أى أن التذوق كمكون تعبيرى للسلوك يهدف إلى استثارة مشاعر وجدانية إيجابية (٩) مم تتكون خبرة التذوق؟

أورد سويف ١٩٨٣ أربعة مكونات وهى:-

١ - الاستعدادات الشائعة لإصدار أحكام تقويمه للمثير وهذا الاستعداد قد يفسره مؤيدى الرأى بالاستعداد الوراثى للسلوك، ولكن قد يفسره أيضا الأساس الحضارى المشترك.

٢ - حالة التهيؤ بما تشمله من جانب سلبى وهو تبديد آثار النشاط السابق للتذوق، وآخر إيجابى وهو حالة وجدانية هادئة كرنين انفعال دافع للبحث عن تعاطى خبرة التذوق.

٣ - الإدراك للمثير الجمالى ويكون أكثر ثراء عندما يألف المتذوق المثير المتذوق أكثر من مرة.

٤ - الإطار الثقافى :- وهو الأساس النفسى الذى تنتظم من خلاله مدركاتنا ومشاعرنا وهو الأساس العميق لإكساب مدركاتنا معناها ووقعها فى النفوس وهو يمارس فعله من مستويات وعى منخفضة للغاية ويتشكل من خلال الخبرة اليومية الحياتية.

وبالتالى الدلالة التقويمية الجمالية للمثير تتحدد بخصائص الإطار الذى اكتسب نتيجة لخبرات التذوق المماثلة لهذا المثير. (١٣ ص ١٦١ - ١٦٣ -، ١٤ ص ٢٧ - ٣٢).

(٥) الأثر اللاحق للتذوق:- وهذه الآثار حتى لو كانت بعيدة نسبيا تدعم الإطار الثقافى وتنميه مما يؤدى بها إلى التقاط أبسط الموجات الوجدانية المهيئة لعملية التذوق، (المرجع نفسه، ص ٣٦).

ولأهمية الإطار الثقافى فى العملية التذوقية، استعاد حنوره فيما اصطلح عليه «الإطار المرجعى» وهو مجموعة الأفكار والمعتقدات والعادات المسئولة عن استقرار أسلوب وعملية التذوق عند الفرد لفترة طويلة، وأطلق على الإطار المرجعى بما يحمله من حالة وجدانية فى مجال التذوق الأساس النفسى الفعال ويتكون من جانب ذهنى، وجدانى وجمالى، واجتماعى، ويمر فى تكوينه عبر ثلاث مستويات من النضج: - الأول تكوين رصيد من الخبرة اعتمادا على الاستعداد البيولوجى والبيئة الاجتماعية والثقافية، والثانى:- وبه يصبح الفرد متجها نحو نشاط تذوقى معين، والمستوى الثالث:- يصل الفرد إلى النضج فى عملية التذوق. (١٠، ص ٢٦ - ٢٩).

ومما سبق يتضح ما للبيئة الفيزيقية والاجتماعية من دور أساسى فى تكوين الإطار الثقافى (المرجعى) والذى يشكل بدوره خبرة التذوق بما تحمله من أحاسيس وجدانية. ومن هنا يعتبر التذوق مؤشرا جيدا لمدى سواء البيئة الفيزيقية والاجتماعية من خلال الأحاسيس الجمالية المصاحبة له.

٢ - متغيرات الشخصية المستخدمة بالبحث:-

(أ) متغيرات اختبار أيزنك - ويلسون:- (١٩٧٩)

وقد استخدمت الباحثة سمات قطب الاتزان الوجدانى فقط وهى:-

١ - تقدير الذات Self - Esfeem :- يميل الأشخاص الحاصلون على درجة مرتفعة إلى الثقة فى أنفسهم وقدراتهم، ويعتقدون بأنهم جديرين بالثقة ولهم فائدة للآخرين، وهذا لا يتضمن الغرور، ولكن يمكن القول بأنهم يحبون أنفسهم كثيرا. والأشخاص الحاصلون على درجة منخفضة، فكرتهم عن أنفسهم سيئة، ويعتقدون بأنهم فاشلين وغير جذابين، والدرجة المتطرفة فى الانخفاض يقتربون بما عرف بـ «عقدة النقص» Inferiority Complex والتى سادت كمفهوم لدى الأطباء والنفسيين الأمريكيين منذ عدة عقود.

٢ - السعادة Happiness :- والأشخاص الحاصلون على درجة مرتفعة مستبشرون عامة، ويشعرون بالرضا عن الحياة، والحياة بالنسبة لهم مشبعة وآمنة. بينما الحاصلون على الدرجة المنخفضة يتسمون بالحزن والاكتئاب، والحياة محبطة بالنسبة لهم، وغير متكيفين مع العالم.

٣ - الاستقلالية Autonomy :- والشخص الاستقلالى هو المتمتع بقدر كبير من الحرية والاستقلالية فى اتخاذ قراراته الخاصة، ويرى بأنه سيد نفسه وأقداره ويحل مشاكله بواقعية. بينما الشخص الحاصل على درجة منخفضة على الاختبار

ينقصه الاعتماد على نفسه، ويعتقد بأنه مرهونا للأقدار تسيره، وأنه مدفوع من الأشخاص والأحداث المحيطة به، ويظهر درجة مرتفعة مما يصطلح عليه الخضوع للسلطة (22, P. 82, 83, 86).

٤ ـ الدرجة الكلية للاتزان الوجداني:ـ والدرجة المرتفعة تشير إلى كل الخصائص المتدرجة تحت ارتفاع الدرجة في السمات السابقة الذكر، وكذلك بالنسبة للدرجة المنخفضة.

وقد أعاد أيزنك وآخرون ١٩٩٢ التحليل العاملي للاختبار ككل (الاختبارات الفرعية لأبعاد أيزنك الثلاثة: العصابية، والانبساطية، والذهانية) وقد اتخذ الوجهة السالبة للسمات السابقة الذكر في هذا التحليل، مثالا لذلك الدونيةInferiority بدلا من تقدير الذات... إلخ، ورغم اختلاف مكونات بعدي الانبساطية والذهانية عن تقنين ١٩٧٩، إلا أن بعد العصابية ظلت مكوناته كما هي، وبحساب معامل ألفا لحساب الثبات انتهى إلى ثبات يتراوح بين ٠,٧٥ ـ ٠,٨٥ للسمات المستخدمة بهذا البحث (23).

(ب) **العدوانية**:ـ وهي سمة تتصف بقدر كبير من الثبات وعادة ما تجعل صاحبها في صراع دافعي أو مواقف انعصابات نتيجة لمواقف العقاب أو الرفض الذي يواجه به المجتمع الاستجابات العدوانية، ويفترض أنها متعلمة من مواقف سابقة متضمنة القدوة غير المرغوبة، ويمتد تأثيرها إلى سمات أخرى في الشخصية مثل قدرة الفرد على التعامل مع مواقف الانعصابات وحلها(٦ ص ١٤).

(جـ) **البحث الحسي**:ـ وقد تأكدت هذه السمة من خلال بحوث زوكرمان Zuckerman عن الحرمان الحسي، وتعرف بأنها الاستعداد للبحث عن المواقف الجديدة المثيرة لاكتشافها وهي بالتالي تحتاج لإحساسات وخبرات متنوعة وجديدة ومعقدة الرغبة في المخاطرات الفيزيقية والاجتماعية ومن خلال تحليل زوكرمان العاملي لاختباره عن البحث الحسي انتهى إلى أن مكوناته:ـ البحث عن المخاطرة، البحث عن الخبرة، عدم القدرة على الكف، سرعة التأثر بالملل. والانطوائيون منخفضون على هذه السمة بينما يرتفع الانبساطيون عليها وهي قد تماثل مع ما اصطلح عليه أيزنك الجوع إلى المنبه، أي الرغبة إلى منبه حسي قوي (١٢ ص ٨٠ ـ ٨١).

(د) **التطرف**:ـ ويقرر سويف بأنه بعدا أسلوبيا، أي خاصة من خصائص الشخصية تنعكس في شكل الاستجابة الصادرة عن الفرد بغض النظر عن مضمونها. هناك نوعين من التطرف، الأول موجب في مجاراة المجتمع والقيم السائدة ويتسم أصحابه بالميل للكذب وهو أكبر لدى العصابيين مقارنة بالأسوياء. بينما التطرف السالب ـ كما يقرر سويف ـ أنه مظهرا من مظاهر قوة الأنا، أي قدرة الفرد على المقاومة (عن المرجع نفسه ص ٧٩ ـ ٨٠).

الدراسات السابقة

أولا: دراسات في مجال التذوق الجمالي:ـ

(أ) دراسات توضح تأثير الإطار الثقافي:ـ

معظم دراسات هذا المجال تناولت الحكم الجمالي أو أنماط المثيرات المتذوقة، ولم يتعرض إلا القليل منها إلى الأحاسيس المصاحبة للحكم الجمالي أو خبرة التذوق.

ومن الدراسات التي تؤكد على أهمية الإطار الثقافي أو اكتساب الخبرة التذوقية في عملية التذوق ذاتها، دراسة روبيه فرانسيه ١٩٥٦ على متذوقي الموسيقى، وانتهى إلى من تلقوا تمرينات سابقة أكثر حساسية لإدراك الوحدات الأساسية للمقطوعة الموسيقية عن: (١٤، ص ٢٩)، كما انتهت العديد من الدراسات إلى إختلاف نمط التذوق باختلاف التخصص (والمقصود به مدى تعرض العينة لنمط مثيري معين) ومنها رسل وساندرا ١٩٦٤، هير Hare ١٩٧٤، مويلز Myles ١٩٦٥، (١ ص ٤١). وانتهى أيزنك ١٩٤٠، ١٩٧٢ إلى أن المتخصصين في الشعر يفضلون البسيط منه (٣ص ٢٩) وأكدت دراسة شحاته وحسن ١٩٩٢ على تأثير التخصص في التذوق (١٥ ص ١٠٣٨:١٠٤٨). وأكدت دراسة الشيخ ١٩٨٢ أن الألفة بالمثير الجمالي شرط ضروري لحدوث التذوق(٢).

وهذا يعني أن درجة تذوق الفرد نتيجة لتوحد المعرفة التي حصلها عن الموضوع ومشاعره أثناء معايشة الموضوع (المرجع السابق، ١٠٣٨ ـ ١٠٣٩).

وقد أكد أهمية التعرض للمثيرات الجمالية دراسة سيفرت Seifert ١٩٩٢ على أفراد درسوا الفن وتاريخه وآخرون لم يرتبطوا بالفن، وانتهى إلى أن المجموعة الثانية حساسيتهم للتذوق تختلف عن الأولى. مما يعطي أهمية لتعلم التذوق الجمالي (31,P.73).

وفي تجربة ستيفنس ولاتمير ١٩٩٢ على ٢٦ مفحوصا مدربين على الموسيقى و٢٦ غير مدربين. للتحقق من أثر التدريب والتعقيد الموضوعي، والتكرار على الحكم بالسرور

المصاحب للموسيقى، وانتهيا إلى أن السرور دالة للتعقيد والتدريب بالمجموعة الأولى، بينما تكرار الموسيقى (الألفة) أدى لتغيير الحكم إلى السرور للمجموعة الثانية (32,P.177) والدراسات السابقة تؤكد أن تذوق فئة مثيرات معينة يلزمه كثرة التعرض لخبرات يتلقى منها الفرد هذا النمط المثيرى فى البيئة (١٤، ص٢٩). أو بمعنى آخر أن التذوق يتشكل بنمط البيئة الفيزيقية والاجتماعية للمتذوق. وهذا هو محور الدراسة الحالية.

(ب) دراسات توضح أثر الجنس على التذوق: -

يوجد عدد من الدراسات فى مجال التذوق وانتهت إلى بعض متغيرات أخرى تشكل نمط التذوق مثل متغير الجنس. ومنها دراسات مارتن ومافيوس عن تفضيل الشعر (٣، ص ٢ - ٣) وانتهى هولت سميث ١٩٧٨ إلى تفضيل الذكور أكثر سعة بدرجة داله من مدى تفضيلات الإناث. وأكد الشيخ هذه النتيجة (٧، ص ٣٤٨) وأكد اختلاف نمط التذوق من الجنسين دراسات روزنلبوه Rosenbluh وآخرون، ناب وجونسون Knapp & Johnson إلا أن دراستى سويف وايزنك ١٩٧١، ١٩٧٢ لم تنته إلى فروق بين الجنسين وأيضا دراسة عبدالحميد وآخرون ١٩٨٩ عن فنون التصوير إلا أنهم وجدوا فروقا فى تذوق القصة (١٦، ص ٨٠، ١٤٣ - ١٧١)، كما انتهى الشيخ ١٩٨٧ ان نمط الفئات المتذوقة للمثيرات المرئيه يختلف من الذكور للإناث (٤ ص٥٣ - ٥٥) وتأكد ذلك فى دراسته ١٩٨٨ على تذوق الأشكال والمثيرات السمعيه والبصريه

٥ - مكونات عامليه

وهذا ما أدى بكتلويل ولا بيسكومب بالقول أن التذوق يمكن ان يكون صالحا لتوضيح متغيرات مثل الجنس واليد المفضله للاستخدام (26, P. 1023).

(جـ) دراسات عن علاقة التذوق الجمالى ببعض متغيرات الشخصية: -

أكد حلوره أن متغيرات التصلب والمرونة وقوة الأنا والعصابية والانطواء تتعلق بالتذوق الفنى (١٠، ص ٣٢).

وانتهى بحث بريم ١٩٧٨ إلى ارتباط الدجماطية بالتذوق، وانتهى الشيخ إلى ارتباطه بالتطرف والانطوائية والتصلب والمجاراة (٧، ص٣٤٧).

وانتهى أيزنك ١٩٨١ إلى العلاقة بين بعد الانبساطية والتفضيل الجمالى، وأكد نتائجه بعد ذلك لاين. (١٦، ص١٠٤). وأشار أيزنك ١٩٨١ أيضا إلى أن المرتفعين على الذهانية والعصابية يفضلون الأعمال غير المألوفة أو غير المعتادة (المرجع نفسه، ص ١٠٦) وهذا ما أكده الشيخ على مرضى ذهانيين ١٩٨٨ (٥) وأشار أيزنك ١٩٧٢ إلى تفاعل كل من التخصص (التدريب على مثيرات تذوقية محددة) والجنس وبعض متغيرات الشخصية مثل الانبساطية والعصابية فى اختلاف نمط التذوق (١، ص ٤٠).

ومما سبق يتضح أن بعض متغيرات الشخصية ترتبط بالحكم الاستطيقى أو بنمط المثيرات المتذوقة، ولكن هل ترتبط بأحاسيس جمالية معينة؟ هذا التساؤل يشار إلى إجابته فى بحث الشيخ ١٩٩٥ الذى سيعرض فيما بعد.

ويتضح من الدراسات السابقة فى مجال التذوق الجمالى أن الإطار الثقافى من حيث البيئة الفيزيقية والاجتماعية والألفة بالمثيرات المتذوقة، الجنس، وبعض متغيرات الشخصية تؤثر فى نمط التذوق الجمالى بما يصاحبه من أحاسيس. وستهتم الدراسة الحالية بتأثر مدى ثراء البيئة الفيزيقية والاجتماعية وببعض متغيرات الشخصية على تباين الأحاسيس الجمالية. بينما يثبت تأثير متغير الجنس.

(د) دراسات عن الأحاسيس الجمالية المصاحبة للتذوق: -

ويلاحظ أن الدراسات السابقة ركزت على التفضيل الجمالى ولم تدخل فى المكون الأساسى لهذا التفضيل وهو الأحاسيس أو المشاعر الجمالية، ويعتبرها البعض أيضا أنها تدخل فى التأملات العقلية للواقع الموضوعى وتنتج مع النمو التاريخى للنشاط الإنسانى الذى يشكل النشاط الاستطيقى وأنها تتكون من النشاط، الاعتدال، القيمة المحركة، والمحتوى، وهذه المكونات ترتبط بالإثارة، التوتر، الخوف، السرور، الكآبة، الابتهاج.... إلخ(27).

وهذا يتفق مع رأى الشيخ - السابق ذكره - فى أن التذوق نسيج داخل كل استجابات الفرد، ويتفق إلى حد ما مع رأى فريجدا ١٩٨٩ بأن الانفعالات الجمالية لا تختلف عن المشاعر العامة فى المواقف الملاحظة بالحياة الواقعية (24,P.1546).

وفى دراسة لباين ١٩٨٣ على ٤٨ طالبا جامعيا من المدربين على الموسيقى انتهى إلى أن التقرير بالاسترخاء والراحة يزداد مع خبرة التذوق، وأن جوهر الشعور الجمالى هو المتعة (29).

وانتهى الشيخ فى دراسته على الأحاسيس الجمالية للمثيرات البصرية والسمعية إلى ثلاث عوامل من الدرجة الثانية واحد لأحاسيس المثيرات البصرية، واثنان لأحاسيس المثيرات السمعية أحدهما يستقطب الأحاسيس الوجدانية الداخلية التى ليس لها مظاهر سلوكية خارجية والآخر يشمل أحاسيس العامل السابق بالإضافة إلى الأحاسيس المتضمنة مظاهر سلوكية خارجية (٩) ثم أجرى نفس الباحث دراسة حول المقارنة بين الأحاسيس فى حالات الإدمان والسواء وانتهى إلى أن الإدمان يؤدى إلى بعض الأحاسيس الجمالية مما يجعل إثارتها - إن أمكن - أسلوبا علاجيا للإدمان وأشير إلى ارتباط الأحاسيس الجمالية بالقلق ومركز الضبط (٨).

ثانيا: دراسات على أطفال مؤسسات الرعاية الاجتماعية: -

اهتمت معظم الدراسات فى هذا المجال بمعرفة القدرات العقلية والمهارات الحركية المضطربة لدى أطفال دور الرعاية الاجتماعية أو قرى الأطفال مقارنة بأطفال الأسر الطبيعية، وكذلك تباين بعض متغيرات الشخصية بينهما. فقد انتهى دينيس ١٩٦٠، ١٩٧٣، ودينيس وناجاريان ١٩٥٧ إلى أن أطفال المؤسسات الاجتماعية لديهم تأخر شديد فى المهارات الأساسية كالجلوس والمشى لأنهم لا يتدربون عليها بقدر مناسب، ولأنه غالبا ما يوجد نقص تام فى متغيرات البيئة فيتأخرون أيضا فى اللغة والمهارات الاجتماعية والتعبير الانفعالى (21,P.166).

وانتهى بولبى ١٩٥٢ إلى أنهم أقل فى درجات الذكاء وأقل قدرة فى بناء علاقات مؤثرة مع الاخرين ولديهم مشاكل مثل الخوف والقلق، وأكد هذا أيضا باور ١٩٦٤. وبدراسة سهير كامل ١٩٨٧ انتهت إلى أن أطفال المؤسسات الإيوائية منخفضين فى أداءاتهم العقلية (اختبار ستانفورد - بينيه) والنمو الاجتماعى (اختبار فانيلاند) والنمو الانفعالى عن أطفال الأسر الطبيعية (١٩، ص ٧٤، ٨٨).

وأكد ذلك أنس قاسم بدراسته على أطفال الملاجئ وأطفال الأسر الطبيعية (١٨).

وانتهى عادل خضر ومحمد الدسوقى ١٩٩٤ إلى فروق فى مفهوم الذات، القلق (سمة وحالة) والتكيف الشخصى لصالح أطفال الأسر الطبيعية (١١). وانتهت دراسة عزة حسين ١٩٨٥ وفاتن أبو صالح ١٩٩٢ إلى أن أطفال المؤسسات الاجتماعية SOS وقرى الأطفال يتميزون بالعدوانية والأنانية والكذب والشعور بالتوتر والإنسحاب والقلق والإنطواء. إلا أن المتولى إبراهيم ١٩٩٣ انتهى إلى فروق بين أطفال المؤسسات الاجتماعية، فى مستوى القلق لصالح الأولى (المرجع نفسه).

ويمكن الرجوع إلى المراجع المشار إليها فى هذا الجزء فقد عرضت العديد من الدراسات الأجنبية والعربية المؤيدة للنتائج السابقة. إلا أن جميع الدراسات لم تتعرض للسلوك التعبيرى ومدى تأثره بالبيئة المغلقة المتمثلة فى دور الرعاية الاجتماعية أو بمدى ثراء البيئة بالمثيرات وهذا ما ستعنى به الدراسة الحالية.

مشكلة الدراسة والفروض

فى تقرير بولبى إلى منظمة الصحة العالمية قام بصياغة المبدأ القائل بأن التوازن العقلى للطفل يرتبط بضرورة تمتعه بعلاقة حميمة ومستقرة ثابتة مع أمه أو مع المرأة التى تحل محلها بشكل دائم، علاقة تمكن الطرفين من العيش بسعادة ورضى (١٧، ص ٢٠٤).

وإذا كانت الوراثة تحدد الإمكانيات الأساسية للذكاء فالبيئة تحدد الصورة النهائية له، والحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة تميل لمنع الفرد من استقبال المثيرات العقلية التى تتيح أقصى نمو عقلى ممكن كما أشار فارب ١٩٤٣ وبولبى ١٩٥٢ إلى أن حرمان الطفل لفترة طويلة من عناية الأم له آثاراً خطيرة وعميقة على خصائصه وشخصيته (١٩، ص ٦٩، ٨٠). ويؤدى لعلاقات القلق والعصاب والاضطراب العاطفى (١٧، ص ٢٠٥) واتضح ذلك أكثر بدراسة دينيس التتبعية على مجموعتين من أطفال المؤسسات الأولى تبنت من أسر طبيعية وأخرى ظلت كما هى داخل المؤسسة، وأنتهى إلى أن الأولى أظهرت نموا فى النضج العقلى والاجتماعى والثانية تأخرا أكثر (21P- 167). وانتهت دراسة سكيلز التتبعية ١٩٤٠، ١٩٤٢، ١٩٦٦ إلى أن تحسن البيئة الاجتماعية للمجموعة التجريبية أزاد نسبة الذكاء ٢٥,٨ نقطة (١٩، ص ٧٢)

ونظرا لأن الانبساطية والذكاء ومستوى التحصيل يؤثرون على نمط التذوق (٣، ص ٢٩) وهذه الخصائص تتأثر بالبيئة الاجتماعية والفيزيقية - كما سبق الذكر - فهذا يعطى مؤشرا إلى أن الأحاسيس الجمالية المصاحبة للتذوق تختلف باختلاف تلك البيئة.

ومن هنا ينبثق *الفرض الأول* وهو «يتباين نمط مثيرات التذوق الجمالى المتذوقة للمراهقات بتباين مستويات ثراء البيئة الاجتماعية والفيزيقية بالمثيرات المتمثلة فى دار الرعاية الاجتماعية، SOS والأسر الطبيعية».

وإذا كان أطفال المؤسسات الاجتماعية يتميزون بخصائص شخصية. وكذلك نمط التذوق الجمالى وسعته وشدته ترتبط بمتغيرات الشخصية - كما سبق توضيحه بالدراسات السابقة. فهنا يبرز ***الفرض الثانى*** للدراسة وهو «تباين الأحاسيس الجمالية وأيضا متغيرات الشخصية لدى المراهقات بتباين مستويات ثراء البيئة الاجتماعية والفيزيقية بالمثيرات المتمثلة فى دار الرعاية الاجتماعية، SOS، والأسر الطبيعية ***والفرض الثالث*** تختلف الأحاسيس الجمالية المرتبطة بمتغيرات الشخص باختلاف مستويات ثراء البيئة الاجتماعية والفيزيقية، ***والفرض الرابع*** الأحاسيس الجمالية المصدرة عن مثيرات جمالية تختلف باختلاف مستويات ثراء المثيرات البيئية الاجتماعية والفيزيقية.

الدراسة الحالية

أولا: العينة: - ثلاث مجموعات من المراهقات كل مجموعة مثلث مستوى من مستويات ثراء البيئة بالمثيرات وهى:

جدول (١)
متغيرات الشخصية والأحاسيس الجمالية المرتبطة بها

متغيرات الشخصية	الأحاسيس الجمالية ذات الارتباطات الدالة		
	المجموعة الأولى (رعاية اجتماعية)	المجموعة الثانية (SOS)	المجموعة الثالثة
أ - تقدير الذات	+ أستعيد ذكرياتى	- أنسى همومى	+ الأمل + الانتعاش
ب - السعادة	لا يوجد	- أسرح مع همومى - أطير فى السماء	لا يوجد
جـ - الاستقلالية	لا يوجد	- أسرح مع همومى - الراحة والاسترخاء - أنسى نفسى	لا يوجد
د - الدرجة الكلية (الاتزان الوجدانى)	لا يوجد	- أسرح مع همومى - الراحة والاسترخاء - أنسى نفسى - أطير فى السماء - السرور	+ السعادة
هـ - العدوانية	+ العظمة والزهو + أود الرقص + النشوة	لا يوجد	- الأمل - العظمة والزهو - أنسى ما حولى - أنسى همومى - النشوة
و - البحث الحسى	- أسرح مع همومى + الأطمئنان	لا يوجد	- الأمل - أزح همومى
ز - التطرف الموجب	+ عظمة الله + أطير فى السماء + السرور	أود الرقص	- الأمل - أزح همومى

تابع جدول (١)

متغيرات الشخصية	الأحاسيس الجمالية ذات الارتباطات الدالة: المجموعة الأولى (رعاية اجتماعية)	المجموعة الثانية (SOS)	المجموعة الثالثة
ح ـ المهاودة (+١)	لا يوجد	– أنسى همومى – الشحن – استعيد ذكرياتى – أطير فى السماء	لا يوجد
ط ـ عدم الاكتراث (صفر)	لا يوجد	لا يوجد	+ كأنى أسمع صوت الملائكة + الانتعاش + أزح همومى + أستعيد ذكرياتى
ك ـ قوة الأنا (– ١)	+ الانتعاش + الهدوء + أنسى همومى	إطمئنان	+ أسرح مع همومى + أنسى ما حولى + النشوة
ل ـ التطرف السالب (– ٢)	– الأمل، – العظمة و الزهو – أزح همومى، – الاطمئنان – أنسى همومى، – أستعيد ذكرياتى	– أطير فى السماء + النشوة	– الاطمئنان – أنسى نفسى

جدول (٢) مثيرات التذوق والأحاسيس المصدرة عنها

المثيرات الجمالية	الأحاسيس الجمالية: المجموعة الأولى (دار رعاية)	المجموعة الثانية (SOS)	المجموعة الثالثة
(١) صوت من الطبيعة	+ الأمل، +الاطمئنان	+ صوت الملائكة، + أذوب فيما أسمع، + الأمل، + الانتعاش، + العظمة والزهو، + أسرح مع همومى، + أنسى ما حولى، + الاطمئنان، + الراحة والاسترخاء، + العالم ملكى، + تتساقط الدموع، + السعادة، + أود الرقص، + أطير فى السماء، + السرور، النشوة (١٦).	+ صوت الملائكة، + الأمل، + الانتعاش، + العظمة والزهو، + أزح همومى، + الهدوء، + أسرح مع همومى، +الاطمئنان+ الراحة والاسترخاء + أنسى نفسى، + السعادة، + أنسى همومى، + أستعيد ذكرياتى، + أود الرقص، + أطير فى السماء، + النشوة (١٦).

تابع جدول (٢) مثيرات التذوق والأحاسيس المصدرة عنها

المثيرات الجمالية	الأحاسيس الجمالية		
	المجموعة الأولى (دار رعاية)	المجموعة الثانية (SOS)	المجموعة الثالثة
(١) صوت من الطبيعة	+ صوت الملائكة، + الأمل، + العظمة والزهو، + أزح همومى، + الهدوء، + الاطمئنان، + العالم ملكى، + السعادة، +أستعيد ذكرياتى، + أود الرقص، + السرور، + النشوة (١٢).	جميع أحاسيس المثير السابق ما عدا العالم ملكى، النشوة والأمل ويضاف + عظمة الله ، + الهدوء (١٥).	جميع أحاسيس المثير السابق ما عدا الهدوء والسعادة. ويضاف + أذوب فيما أسمع + العالم ملكى (١٦).
(٣) أغنية أحبها	+ صوت الملائكة، + عظمة الله، +أزح همومى، + تتساقط الدموع، + السعادة، + النشوة (٦).	جميع أحاسيس المثير الأول ما عدا الأمل، السعادة، أود الرقص، ويضاف + عظمة الله، أنسى همومى، + أستعيد ذكرياتى (١٦).	جميع أحاسيس المثير الأول ما عدا النشوة. ويضاف أذوب فيما أسمع، + أنسى ما حولى + العالم ملكى، + تتساقط الدموع، + السرور (٢٠).
(٤) صوت حبيبى	+ صوت الملائكة + عظمة الله + الأمل + العظمة والزهو + أزح همومى + الاطمئنان + أستعيد ذكرياتى + أود الرقص + النشوة (٩).	+ الأمل، + الانتعاش، + أنسى ما حولى، + السعادة (٤).	+ أذوب فيما أسمع + الأمل، + تتساقط الدموع، + أنسى همومى، + الشجن، +النشوة (٦).
(٥) صوت دينى أعشقه	+ العظمة والزهو + الاطمئنان + الراحة والاسترخاء + أستعيد ذكرياتى + أطير فى السماء (٥).	جميع أحاسيس المثير الأول ما عدا الأمل، أسمع همومى، + العظمة والزهو، +الاطمئنان، + العالم ملكى + تتساقط الدموع، +، أود الرقص، ويضاف:- + عظمة الله، + أستعيد ذكرياتى (١٦).	+ صوت الملائكة، + العظمة والزهو، + أزح همومى، + الهدوء، + أسرح مع همومى، + أنسى ما حولى، + الاطمئنان، + الراحة والاسترخاء، + السعادة، + أنسى همومى، + أستعيد ذكرياتى، + أطير فى السماء، + السرور (١٣).
(٦) صوت أسرتى	+ الهدوء، + الشجن (٢).	+ الشجن (١).	جميع أحاسيس الاختبار ماعدا الشجن، + عظمة الله (٢١).
(٧) صوت أصدقائى	+ عظمة الله + أذوب فيما أسمع + العظمة والزهو + أزح همومى + الهدوء + أود الرقص (٦).	+ أسرح مع همومى + أنسى نفسى، + تتساقط الدموع، + الشجن (٤).	جميع أحاسيس الاختبار ماعدا عظمة الله، أزح همومى، الشجن، أستعيد ذكرياتى (١٩).

١ - **المجموعة الأولى**:- ٢٥ فتاة يقمن فى إحدى دور الرعاية الاجتماعية، وحذف استجابات خمس ممن لم يتبعن تعليمات الاختبارات أو لم يكملنها.

٢ - **المجموعة الثانية**: ٢٤ فتاة يقمن فى إحدى قرى الأطفال (بنفس مدينة دار الرعاية الاجتماعية) وحذف استجابات ست منهن وبالتالى أجريت التحليلات الإحصائية على ١٨ فتاة.

٣ - **المجموعة الثالثة**: ٢٣ فتاة من أسر طبيعية، حذف استجابات ثلاث منهم، وأجريت التحليلات الإحصائية على استجابات ٢٠ فتاة فقط وجميع العينة يتوزعن على الفرق الدراسية للمرحلة الإعدادية إلا أنه فى كل من المجموعتين الأولى والثانية فتاتان بالمرحلة الثانوية.

ثانيا: الاختبارات وشروطها السيكومترية

(١) اختبار الإحساس بالجمال: إعداد أ. د. عبدالسلام الشيخ.

(أ) وصف الاختبار: هو عبارة عن استمارتين إحداهما خاص بالأحاسيس الجمالية للمثيرات البصرية، والأخرى للمثيرات السمعية. وقد استخدمت الثانية فقط فى هذا البحث. وهى عبارة عن ثمان أعمدة العمود الأول به ٢٣ إحساسا والأعمدة السبعة الباقية على رأسها أحد المثيرات السمعية ثم يقسم إلى ثلاث أعمدة فرعية تتدرج شدة الإحساس من متوسط - قوى - قوى جدا، وعلى المفحوص أن يشير فى إحداها بعلامة (✓) أمام كل إحساس وتحت كل مثير سمعى.

(ب) تصحيح المقياس: يعطى شدة الإحساس درجة إذا أشار المفحوص بعلامة (✓) تحت العمود «متوسط» ودرجتان إذا أشار تحت عمود «قوى» وثلاث درجات لـ «قوى جدا». ويحسب متوسط شدة كل إحساس عبر المثيرات السبعة، وأيضا متوسط كل مثير لما يثير من أحاسيس جمالية.

(جـ) الصدق: استخدم الباحث صدق المفهوم.

(د). الثبات: حسب الباحث الثبات بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمنى ٧ أيام، وتراوح ثبات معظم الأحاسيس ما بين ٠,٣ - ٠,٧٧ (٩).

٢ - اختبار أيزنك - ويلسون (الصورة أ):

وهذا الاختبار - بصورتيه أ، ب: يقيس سمات الدرجة الأولى من العصابية. وقد قامت الباحثة بترجمته وإعداده وقسمته إلى صورتيه. الصورة أ وتتضمن السمات المندرجة تحت قطب الاتزان الوجداني وهى تقدير الذات، السعادة، الاستقلالية، الصورة ب وهى السمات المندرجة تحت قطب العصابية وهى:- الوسواسية، القلق، الهيبوكندريا، الشعور بالذنب.

وقد استخدم فى هذا البحث الصورة أ فقط وهى ٨٨ بند

الصدق:- من منطق أن الصورتين أ، ب يجب أن يقيسا متغيرات متقابلة فيفترض لصدق كليهما أن معاملات الارتباط بين السمات التى تضمنها وأيضا الدرجة الكلية لكليهما تكون سلبية ويعتمد عليها كمؤشر للصدق.

وقد طبق الاختبار بصورتيه على ٢٠ طالبا جامعيا وكانت معاملات الارتباط لسمات الصورة أ كما يلى:-

١ - تقدير الذات:- ارتبط سلبيا بالقلق - ٠,٨٥ والشعور بالذنب - ٠,٥٩ والدرجة الكلية للصورة ب - ٠,٥١ .

٢ - السعادة:- معاملات ارتباطها بالقلق - ٠,٤٦ والشعور بالذنب - ٠,٤١ والدرجة الكلية للصورة ب - ٠,٤٦ .

٣ - الاستقلالية:- بالقلق - ٠,٤٧ ، الشعور بالذنب -٠,٤٧ والدرجة الكلية «ب» - ٠,٥٤ .

٤ - الدرجة الكلية «أ»:- بالقلق - ٠,٦٦ ، الشعور بالذنب - ٠,٥٤ ، وبالدرجة الكلية «ب» - ٠,٦٦ (وقد استخدم الشيخ هذا الصدق فى دراسته ١٩٩٥).

كذلك عند حساب معاملات الارتباط بين متغيرات البحث الحالى وجد الآتى:-

الارتباط الإيجابى بين الدرجة الكلية للاختبار والاختبارات الفرعية تقدير الذات، السعادة، الاستقلالية لمجموعة فتيات دار الرعاية ٠,٧٩ ، ٠,٨٨ ، ٠,٨٣ ، على التوالى، ولفتيات قرية الأطفال ٠,٧٥ ، ٠,٨١ ، ٠,٧٩ . على التوالى، ولفتيات الأسر الطبيعية ٠,٧٨ ، ٠,٨٧ ، ٠,٧٧ ، على التوالى مما يؤكد صدق الاختبارات الفرعية والدرجة الكلية لها.

٣ - اختبارى العدوانية والبحث الحسى:- ترجمة وإعداد أ. د. الشيخ ١٩٨٨.

اقتبسا من مقياس لأيزنك - ويلسون، استخدم الباحث - الشيخ - صدق المفهوم، وفى الثبات أعاد التطبيق على عينة من ٢٥ طالبا وطالبة بفارق زمنى ١٥ يوما تقريبا وانتهى إلى معاملى ثبات:- العدوانية ٠,٨٨ ، والبحث الحسى ٠,٤٣ (٦، ص ١٧).

وقد أدخلت الباحثة بنود البحث الحسى (٢٩) - بدراسة الماجستير - تحليلا عامليا مع بنود خاصة بقياس ضبط الذات، وتشبعت بنوده على عاملين وانتهى إلى ٢٦ بندا.

(١٢ ص ٩٧ - ١٣٠).

٤ - مقياس الصداقة الشخصية: - إعداد أ. د. سويف ويقيس خمس متغيرات هى التطرف الموجب (+ ٢)، المرونة الإيجابية (+ ١)، عدم الاكتراث (صفر)، المرونة السلبية (- ١)، والتطرف السلبى (- ٢) وحسبت الباحثة ثباته ١٩٨٩ بطريقة إعادة الاختبار وكانت معاملات ثباته على التوالى. ٠,٨، ٠,٦٩، ٠,٦، ٠,٧٣، ٠,٦١، (المرجع نفسه، ص ٦٩، ٩٧).

ثالثا: تطبيق الاختبارات: -

وزعت الاختبارات على جلستين، وكل جلسة مدتها ما بين ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة، وطبقت جماعيا على مجموعات من ٣ : ١٠ فتيات.

رابعا: التحليل الإحصائى والنتائج:

١ - تم حساب قيم اختبار «ت» لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات مثيرات التذوق السمعى المستخدمة (وهى: صوت من الطبيعة، موسيقى، أغنية أحبها، صوت حبيبى، صوت دينى أعشقه، صوت أسرتى، صوت الأصدقاء).

(أ) بين المجموعتين الأولى (فتيات دار الرعاية الاجتماعية) والثانية (فتيات قرية أطفال) وكانت قيم «ت» على التوالى: ١,٤٢، ١,٤، ٠,١٦، ٢,٧٢، ١,٢٣، ٣,٥٦، ٢,٢٥، وجميعها غير دال إحصائياً ما عدا صوت حبيبى (٠,٠١) صوت أسرتى (٠,٠٠١)، صوت الأصدقاء (٠,٠٥) لصالح فتيات دار الرعاية الإجتماعية (د.ح. = ٣٦).

(ب) بين المجموعتين الأولى والثالثة

(فتيات من أسر طبيعية)، وكانت قيم «ت» لمثيرات التذوق بالترتيب السابق - كما يلى: ٠,٧، ٠,٨٧، ٠,٧١، ٠,٠٦، ١,٢٩، ١,٣٦، ٤٣ وجميعها غير دال أحصائيا (د. ح. = ٣٨).

(جـ) بين المجموعتين الثانية والثالثة وكانت قيم «ت» على التوالى: - ١,٨٢، ١,٩٩، ٠,٢، ٢,٦٥، ٠,١، ٢,٠٩، ١,٢٣، وجميعها غير دال إحصائيا ماعدا صوت حبيبى (٠,٠٢) وصوت أسرتى (٠,٠٥) لصالح فتيات الأسر الطبيعية (د.ح. = ٣٦).

٢ - حساب قيم اختبار «ت» لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات الأحاسيس الجمالية (٢٣): -

(أ) بين المجموعتين الأولى والثانية وكانت جميعها غير دال إحصائيا ماعدا النشوة، السرور، الاطمئنان، العظمة والزهو، الانتعاش، الأمل، أسمع صوت كصوت الملائكة. وكانت على التوالى ٢,٠٦ (٠,٠٥)، ٣,١٣ (٠,٠١)، ٣,٦١ (٠,٠٢)، ٣,٠٣ (٠,٠١)، ٢,٧٤ (٠,٠١)، ٢,٦٦ (٠,٠٢)، ٢,٧٣ (٠,٠١) لصالح المجموعة الأولى (فتيات دار الرعاية الاجتماعية) (د.ح. = ٣٦).

(ب) بين المجموعتين الأولى والثالثة: - وكانت جميعها غير دال إحصائيا ماعدا السرور، وتتساقط الدموع من عينى، وقيمتها على التوالى: -

٢,٢٢ (٠,٠٥)، ٢,١٢ (٠,٠٥) لصالح المجموعة الأولى (د.ح. = ٣٨).

(جـ) بين المجموعتين الثانية (SOS) والثالثة: - وكانت جميعها غير دال إحصائيا ماعدا مشاعر أود الرقص، أستعيد ذكرياتى، أنسى همومى، الاطمئنان، العظمة والزهو، الانتعاش، الأمل. وكانت قيم «ت» على التوالى: -

٢,٤٣ (٠,٠٢)، ٢,٠٢ (٠,٠٥)، ٣,٦٥ (٠,٠٠١)، ٣,٦٩ (٠,٠٢)، ٢,٩٧ (٠,٠١)، ٢,٥٨ (٠,٠٢)، ٢,٥١ (٠,٠٢)، لصالح فتيات المجموعة الثالثة (الأسر الطبيعية) (د.ح. ٣٦).

٣ - ولمعرفة أى من الأحاسيس الجمالية (النتيجة السابقة)، أكثر إصدارا فى كل مجموعة على حدة، استخدم أسلوب Meta - analysis لقيم «ت» وانتهى إلى عدم وجود دلالة إحصائية.

٤ - حساب قيم اختبار «ت» لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات متغيرات الشخصية: -

(أ) بين المجموعتين الأولى والثانية: كانت جميعها غير دال إحصائيا.

(ب) بين المجموعتين الأولى والثالثة: كانت جميعها غير دال إحصائيا ماعدا قوة الأنا (استجابة - ١ على مقياس الصداقة) والاستقلالية. وقيمتها على التوالى ٢,٣٣ (٠,٠٥)، ٢,١١ (٠,٠٥) لصالح المجموعة الأولى.

(جـ) بين المجموعتين الثانية والثالثة: - وجميعها غير دال إحصائيا ماعدا البحث الحسى ٢,٥٦ (٠,٠٢) لصالح فتيات الأسر الطبيعية.

٥ - حساب معاملات ارتباط بين متغيرات الشخصية والأحاسيس الجمالية وكانت كما بالجدول (١).

٦ - حساب معاملات الارتباط بين مثيرات التذوق والأحاسيس المصدرة عنها وكانت كما بجدول (٢).

خامسا تفسير النتائج :-

بالنسبة لنتائج الفرض الأول ﴿ نتيجة (١) أ، ب، جـ﴾.

ونشير إلى أن الفروق فى المثيرات المصدرة للأحاسيس الجمالية تكون للمثيرات ذات الطابع الاجتماعى وذلك بين فتيات الرعاية الاجتماعية (مجموعة أولى) وقرية الأطفال (مجموعة ثانية) من جهة، فتيات الأسر الطبيعية (مجموعة ثالثة) وقرية الأطفال من جهة أخرى، وهذا قد يشير إلى أن بيئة كلا من فتيات المجموعتين الأولى والثالثة متماثلة من حيث المثيرات التى تنمى الحس التذوقى والتى تؤدى إلى إشباعات سابقة تكون الإطار الثقافى للمتذوقات مما تثير لدى الفتيات الأحاسيس الجمالية. ويؤكد ذلك عدم وجود فروق دالة بينهما فى المثيرات الجمالية. مما ينفى الاعتقاد بأن دور الرعاية الاجتماعية بيئة غير سوية وفى نفس الوقت يشير إلى افتقار بيئة قرية الأطفال إلى ثراء المثيرات.

٢ - بالنسبة لنتائج الفرض الثانى (نتائج ٢، ٣، ٤):-

(أ) تشير متوسطات الأحاسيس الجمالية أنها أكثر ارتفاعا بدرجة دالة لدى فتيات المجموعة الأولى ثم المجموعة الثالثة إلا أن المميزة منها لفتيات دار الرعاية الاجتماعية (المجموعة الأولى) هى ما أطلق عليها الشيخ (٩) البطانة الوجدانية الداخلية للتذوق. بينما تلك المميزة لفتيات الأسر الطبيعية (المجموعة الثالثة) عن فتيات قرية الأطفال هى بعض الأحاسيس المرتبطة بالتعبيرات الخارجية والداخلية للتذوق بينما لا يوجد أحاسيس مميزة لفتيات SOS، (المجموعة الثالثة) وهذا قد يكون مؤشرا إلى وجود إطارا تذوقيا متميزا يسّير أسلوب التذوق وهذا الإطار هشا بالنسبة للمجموعة الثانية وهذا بدوره مؤشرا لفقر البيئة من المثيرات. كما أن هذه الأحاسيس المميزة لكل مجموعة متكاملة فيما بينها حيث لم يكن بينها إحساسا أكثر إصدارا وهذا يعنى تماثلها فى تكوين خبرة التذوق.

(ب) تشير متوسطات متغيرات الشخصية أنها متماثلة بين المجموعتين الأولى والثانية بينما، تكون قوة الأنا والاستقلالية أكثر ارتفاعا لدى فتيات دار الرعاية الاجتماعية عن فتيات الأسر الطبيعية، وذلك يشير إلى قدرة فتاة دار الرعاية الاجتماعية أن تقاوم نظرة المجتمع لها، كما أن حياتها تدربها على عدم الاعتماد على الأسرة وبالتالى الاستقلالية بينما يلاحظ أن البحث الحسى أكثر ارتفاعا لدى فتيات الأسر الطبيعية مقارنة بفتيات قرية الأطفال، وذلك قد يعنى أن افتقار البيئة للمثيرات أدى بهن إلى إخماد هذه السمة ومن غير المتوقع عدم وجود فروق بين المجموعات فى متغيرات الاتزان الوجدانى حيث أن الدراسات السابقة أشارت إلى سمات للعصابية يتسم بها ممن يقمنا فى مؤسسات اجتماعية. وذلك قد يرجع إلى أن فتيات المجموعات الثلاثة فى مرحلة المراهقة التى يتسم. بالانفعالية، وهذا التفسير أيضا قد ينسحب على بقية متغيرات الشخصية، ورغم ذلك سيلاحظ أنها تستقطب أحاسيس مختلفة كما سيأتى. فيما بعد.

٣ - بالنسبة لنتائج الفرض الثالث (نتيجة ٥):- يلاحظ عدم وجود ارتباطات بين الأحاسيس ومتغيرات الشخصية على اختبار أيزنك ويلسون ماعدا وجود بعضها سالبا للمجموعة الثانية - SOS - وتوضح تركيبة هذه الأحاسيس بأن السرور والراحة والاسترخاء لديهن يتأتى من نسيان الذات والسرحان مع الهموم وذلك لخفض مستوى توترهم وانفعالاتهم (انخفاض درجة سمات الشخصية) وبقية متغيرات الشخصية لا ترتبط إلا بالقليل من الأحاسيس ما عدا إلى حد ما العدوان سلبا لدى المجموعة الثالثة، وذلك لأن العدوانية تزيد من الانفعالية بشكل متطرف مما يحد من الأحاسيس بالجمال. والتطرف السالب يرتبط سلبا ببعض الأحاسيس للمجموعة الأولى، حيث أن ارتفاع التطرف السالب قد يكون مؤشرا لرفض فتاة دار الرعاية الاجتماعية للمجتمع مما يؤدى إلى عدم شعورها بالأحاسيس الجمالية التى تتأتى - تتعلم من خلال هذا المجتمع.

٤ - بالنسبة لنتائج الفرض الرابع (النتيجة رقم ٦):-

يتضح أن المثيرات البشرية (الأسرة والأصدقاء) أكثر إثارة للأحاسيس لدى فتيات الأسر الطبيعية (والمشاعر عامة) مما يعنى أن هذين المثيرين من خلالها يتم تعلم التذوق الجمالى الإطار الثقافى بما يصاحبه من أحاسيس جمالية، بينما يتساوى المثير الطبيعى فى إثارة الأحاسيس الجمالية لدى فتيات SOS والأسر الطبيعية لتميز قرى الأطفال - فيزيقيا - بهذه المناظر.

بينما الموسيقى والأغانى تتماثل تقريبا فى إثارة المشاعر على مستوى الثلاث مجموعات.

والخلاصة: تشير النتائج إلى أن فتيات دار الرعاية الاجتماعية أكثر اتزانا وجدانيا من فتيات SOS بل أنهن أكثر استقلالية وقوة أنا من فتيات الأسر الطبيعية، وذلك قد يتأتى من أنهن على علاقة بأسرهن الطبيعية (أو الأقارب) مما يحدث تكاملا فى التنشئة الاجتماعية الصادرة من المؤسسة الاجتماعية ويحدث إغلاقا فى الإطار الثقافى - مكون التذوق - لديهن بعكس فتيات SOS .

والآن، إذا كانت المثيرات الجمالية - كالموسيقى - تساعد المرضى النفسيين على نمو قوة الأنا وتشكيل هوية - ذاتية - الفرد والتحكم فى الاندفاع (25,P.788) وأيضا تؤدى إلى تخفيف حدة القلق والعدوانية وتثير مشاعر الاطمئنان (٢٨) وأيضا المشاعر المصدرة عن خبرة تذوق يلزم أن تماثل مع انفعالات سبق معايشتها فى الواقع كما يقرر فريجدا (33,P1545) .

إذن فللأحاسيس الجمالية أهمية فى التوازن النفسى مما أدى بالشيخ (تحت الطبع) القول بأهمية تعلم التذوق ولكن كيف يتم تعلم التذوق - وبالتالى إصدار أحاسيس جمالية - تؤدى إلى هذا التوازن النفسى؟

قد يكون من مكونات خبرة التذوق - السابقة الذكر - وقانون هلّ فى التعلم محاولة لتفسير خبرة التذوق وصولا إلى كيفية تعلمها وتفصيلا كما يلى: - قانون هلّ هو: - الاستجابة المستثارة = قوة تدعيم العادة × الدافع - (الكف التراكمى + الكف الشرطى) والاستجابة المستثارة فى هذا السياق تعنى استجابة التذوق الجمالى، وقوة تدعيم العادة قد تتماثل مع قوة الإطار الثقافى للمتذوق أى خبراته السابقة لتذوق نوع معين من المثيرات. والدافع قد يعنى ذلك الجانب الإيجابى من عامل التهيؤ النفسى، وهو حالة وجدانية ذات صفة ديناميه دافعة للاقدام على تذوق مثيرات معينة، وقد تأتى هذه الحالة كنتاج لتشريط بافلوفى والكف التراكمى هو الخبرات السابقة مباشرة لخبرة التذوق، والتى يبددها الجانب السلبى للتهيؤ النفسى مساعدة من الجانب الإيجابى له بينما الكف الشرطى قد يشير إلى كل المشتتات الخارجية التى قد تؤثر على حالة الاسترخاء المطلوبة لخبرة التذوق.

ومن هنا يلزم إثراء البيئة الفيزيقية بمثيرات يتكرر عرضها لتصبح مألوفة وتزيد من قوة الإطار الثقافى للفرد، مما يزيد من قوة الاستجابة التذوقية المستثارة. وبالتالى يمكن صياغة قانون هلّ كما يلى: -

استجابة التذوق الجمالى = قوة الإطار الثقافى × الجانب الإيجابى للتهيؤ النفسى - (الخبرة السابقة المبددة من الجانب السلبى للتهيؤ + الكف الشرطى) .

ومع الاسترخاء - الاطمئنان - يقل الكف الشرطى، وتبدد انفعالات الخبرة السابقة مباشرة للتذوق مما يزيد من قوة استجابة التذوق الجمالى.

المراجع العربية

١ - الشيخ، عبدالسلام (١٩٧٧) . بعض متغيرات الشخصية الشارطة لتفضيل متغيرات الفنون المرئية وإثارة مستويات من الدافع .. رسالة دكتوراه (غير منشورة) جامعة القاهرة، كلية الآداب.

٢ ـــ .... (١٩٨٢أ) العلاقة بين متغيرات الشخصية والتفضيل الجمالى عند المراهقات. طنطا: مكتب ممدوح للطباعة.

٣ - .... (١٩٨٢ ب) الشعر من وجهة نظر سيكولوجية. طنطا: مكتب ممدوح للطباعة.

٤ - .... (١٩٨٧) الشخصية والتذوق الجمالى للمرئيات. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٥ - .... (١٩٨٨أ) التباين بين استجابة الفصاميين واستجابة الأسوياء على مقياس التذوق الجمالى للأشكال. طنطا: مكتب ممدوح للطباعة.

٦ - .... (١٩٨٨ ب) «بعض الشروط المسئولة عن الاعتماد على العقاقير والمخدرات، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، مجلة علم النفس، العدد الثامن.

٧ - .... (١٩٩٤) «الاتجاه نحو التذوق الجمالى للسمعيات» فى: محمد محمود الجوهرى (محرر) دراسات نفسية مهداة إلى الأستاذ الدكتور مصطفى سويف. القاهرة. دار الثقافة للنشر والتوزيع.

٨ - .... (١٩٩٥) «المقارنة بين المشاعر الجمالية فى حالة التذوق الجمالى وفى حالات الإدمان عند الأسوياء والمدمنين. القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتاب، مجلة علم النفس، العدد ٣٣.

٩ - .... (تحت الطبع) التباين بين المكونات العاملية لمشاعر التذوق الجمالى للمرئيات والسمعيات.

١٠ ـ حنوره، مصرى (١٩٨٥) سيكولوجية التذوق الفنى، القاهرة: دار المعارف.

١١ ـ خضر، عادل ودسوقى، محمد (١٩٩٤) «المؤسسات الإيوائية بين الاستيعاب والاستدماج». القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، مجلة علم النفس، العدد ٣١.

١٢ ـ خليل، إلهام (١٩٨٩) دور إدخال المعلومات تحت العتبة الإدراكية فى إصدار استجابات مرغوبة عند المرضى الفصاميين. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة طنطا، كلية الآداب.

١٣ ـ سويف، مصطفى (١٩٨١) الأسس النفسية للإبداع الفنى، فى الشعر خاصة. القاهرة: دار المعارف.

١٤ ـ .... (١٩٨٣) دراسات نفسية فى الفن. القاهرة: مطبوعات القاهرة.

١٥ ـ شحاتة، عبد المنعم وحسن، محمد (١٩٩٢) «تذوق العمل الإبداعى وعلاقته بالتخصص الدراسى للمتلقى». المؤتمر العلمى الثالث لكلية آداب المنيا (١٢ ـ ١٥ ديسمبر) ص ١٠٣٨ ـ ١٠٤٨.

١٦ ـ عبدالحميد، شاكر وعبدالله، معتز ويوسف، جمعة (١٩٨٩) دراسات نفسية فى التذوق الفنى. القاهرة: مكتب غريب.

١٧ ـ قنطار، فايز (١٩٩٢) «الأمومة: نمو العلاقة بين الطفل والأم». الكويت: عالم المعرفة، العدد ١٦٦.

١٨ ـ قاسم، أنس (١٩٨٩) النمو الاجتماعى والانفعالى لأطفال الملاجئ فى مرحلة الطفولة المبكرة. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة عين شمس كلية الآداب.

١٩ ـ كامل، سهير (١٩٨٧) «الحرمان من الوالدين فى الطفولة المبكرة وعلاقته بالنمو الجسمى والعقلى والانفعالى والاجتماعى». القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، مجلة علم النفس، العدد الرابع.

٢٠ ـ هقنر، كيت (١٩٨٤) «الجماليات». ترجمة: رياض عسكر. فى ج. ب. جيلفورد، ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية. القاهرة: دار المعارف.

المراجع الأجنبية

21 - **Craig, J. (1980). Human development.** New Jersey : prentice-Hall, Inc

22 - **Eysenck, H. & Wilson, glenn (1979). Know your own personality.** penguin Books.

23 - **........ ; Barrett, P. ; Wilson, G. & Jackson, C (1992)** "Primary trait measurement of the 21 components of the P.E.N. system" **European J. psychol. Assess.**, vol. 8, N. 2, 109 - 117.

24 - **Frijda, Nico H. (1989) :** "Aesthetic emotions and Reali ty" **American Psychologist**, vol. 44 (12), 1546 - 157.

25 - **Frisch, Andrea (1992) :** "Symbol and structure : musictherapy p, for the adolescent psychiatric. " **Psychol. Abst.**, vol. 79, No. 2, p. 788.

26 - **Kettlewell, N & lipscomb, s. (1992).** "Neuropsychological crrelates for realism - abstraction, A dimension of aesthetica". **Perceptual and motor skills**, 75, 1023 - 1026.

27 - **Kulka, Jiri & vasina, lubomir (1980).** "Aesthetic emotions" **ceskoslovenska psychologie**, 24 (4) , 356 - 367 (comp. reserch).

28 - **Minhas, l. s & Gre**   ical music on state - trait Anxiety, Agression and creativity." **Stress & Anxiety research society**, 14 th International vonference, cairo; April 5 -7.

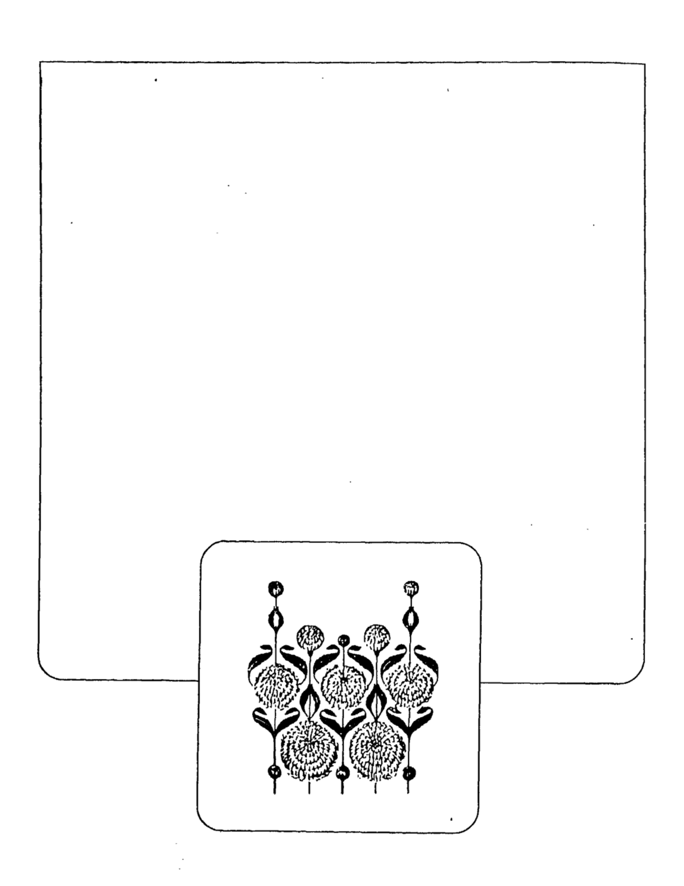
29 - **Payne, Elsie (1983).** "Towards an understanding of music appreciation / postscript of the repot **Psychology of music vol.** 11 (2), 97 - 100 (comp. Research).

30 - **Rosenthal, R. 8 Rubin, D.B. (1982).** "Comparing effect sizes of in dependnt studies" **psychological Bullein**, vol. 92, No. 2,500 - 504.

31 - **Seifert, lauren sue (1992).** "Experimental aesthetics : Implications for aesthetic education of naive art observers" **the Journal of psychology**, 126 (1) 73 - 78.

32 - **Stevens, c & latimer, c (1992).** "Udgments of complexity and pleasingness in music : the effect of structur, repetition and training". **psychol. Abst.** 79 (1), 177 - 178.

33 - **Walters, Key S. (1989).** "The law of apparent reality and aesthetic emotions". **American psychologist**, vol. 44 (12), 1545, 1546.



دراسة نفسية لبعض المتغيرات الشخصية والقيمية للعاملين العائدين من العمل بالخارج

د . على عبد السلام على
مدرس بقسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة الزقازيق
« فرع بنها »

د . أحمد عبد الهادى أبو زيد
مدرس بقسم علم النفس
كلية الآداب « سوهاج »

مقدمة

فى عصرنا الحديث، نتيجة لمواجهة متطلبات الحياة تولدت لدى المصريين طموحات عديدة لتحقيقها، وفكر الكثيرون فى وسائل مختلفة كل حسب إمكانياته وقدراته ومؤهلاته وكان سفر بعض المصريين للعمل فى الخارج إحدى هذه الوسائل،إن السفر للخارج، وإن كانت تبدو مطالبه اقتصادية إلا أنها تعكس إحتياجات نفسية واجتماعية تتمثل فى الاستقرار والشعور بالأمان، وتحقيق الذات، وينتج عن السفر للخارج تغييرات جذرية فى القيم الاجتماعية ويؤدى إلى تحقيق طموحات الأفراد، وإلى الزيادة السريعة فى الدخول النقدية . (٣٨ : ١٨١)

وقد يقدم المجتمع الجديد فروقا ثقافية كبيرة إذا قورن بالوطن الأصلى للأسرة، وربما يكون هناك اختلافات فى العادات والتقاليد، وطرق جديدة للحياة والتفكير والعمل، وبذلك تواجه الأسرة الكثير من الحيره والاضطراب والقلق بسبب هذا الاختلاف، وعليها مواجهة الحياة الجديدة تحت ظروف اقتضت توافقها النفسى والاجتماعى لمواصلة الحياة بصعوبتها، وذلك تحقيقا للهدف المنشود وهو تحسين المستوى الإقتصادى للأسرة . (١٥ : ٥٢) .

والسفر والانتقال إلى خارج الوطن معناه أن تفقد الأسرة أصدقائها، وعليها ضرورة البحث عن أصدقاء آخرين جدد، وكثيرا ماتجد الأسرة الصعوبات فى تكوين صداقات جديدة، وبناء علاقات اجتماعية جديدة . (٢٩ : ١٢٢) .

وكثيرا ما ينتج عن السفر للخارج بعض المشكلات التى تواجه الأسرة منها سفر الزوج بدون الزوجة والأولاد، وتؤكد الدراسة التى قامت بها «عزه حجازى» على عدد من الأعراض المرضية التى تصيب الزوجات فى هذه الأسر بسبب غياب الأزواج، اذ يتخذ موقف الزوجة فى شكله

المرضى المتطرف صورة أعراض نفسية تتمثل فى الإكتئاب والتوتر والنسيان، والمخاوف المرضية، أو أعراض جسميه سيكوسوماتيه تظهر فى شكل اضطرابات فى الجهاز المعوى والتنفسى، وضغط الدم، وقد تكون هذه الأعراض متفاعله مع ظروف أخرى راجعة إلى معاناة الزوجة من افتقاد الزوج (العاطفى الجنسى)، ويقع صراع بين تعاطف الزوجة مع ما يتحمله زوجها من مشاق الغربة من أجل تحقيق آمال اقتصادية للأسرة وبين تذمرها ورفضها لغياب الزوج، وقد يتخذ حل الصراع صورة مرضية من بينها توجيه العدوان للذات، أو الافراط فى المبالغة فى الاهتمام بأبنائها، كما تعانى من الشعور بالذنب معتبرة نفسها ناكرة لفضل زوجها، ولا تقدر تضحيته التقدير المناسب . (٢٤ : ٣٢٩)

إن العمل بالخارج يلعب دورا رئيسيا فى تغير القيم الاجتماعية، كما جعلت بعض الأفراد يبتعدون عن مهنهم الأصلية .(١٩ : ١٦) . وقد يقعدون ولايزاولون عملا على الاطلاق مفضلين حياة الاسترخاء والراحة والاستمتاع بالفراغ دون أى التزام بشئ، ويدفعهم إلى ذلك أنهم يمتلكون المال الذى يكفيهم للعيش دون تعب، ويظل هكذا حتى ينفقوا مالديهم من مال، وعندئذ يسعون للسفر من جديد، وإن لم يوفقوا فى ذلك فإنهم يدخلون فى دوامة من المتاعب والمشكلات، ويضطرون إلى البحث عن عمل وهو فى موقف الضعيف المحتاج. (٢٤ : ٣٢٩)

ويذهب « سعد الدين إبراهيم » إلى أن الإنعكاسات التى تطرأ على العمل بالخارج وخاصة فى الدول النفطية الجديدة يرتبط بها تدهور مطرد فى الاعتزاز بالأهداف والقيم الأصلية ومن هنا لم يعد استهلاك منتجات الصناعة الوطنية المصرية مصدرا للكبرياء والاعتزاز الوطنى.(٢٤ : ١٨٣) .

أهمية البحث :

تكمن أهمية البحث فى إظهار أهمية العمل بالخارج لدى بعض الأسر المصرية أنه جاء نتيجة لإلحاح بعض المتطلبات المادية، وزيادة الدخل، وفى المقابل تواجه هذه الأسر اختلافا فى بعض المتغيرات الشخصية تتمثل فى العدوان، والقلق، وعدم الكفاية الشخصية، ووهن العزيمة، وظهور بعض المشكلات النفسية والاجتماعية لإختلاف المناخ النفسى، واختلاف الثقافات، وتواجه هذه الأسر أيضا إختلافا فى القيم سواء القيم السائدة أو المرغوبة .

مشكلة البحث :

تظهر مشكلة البحث فى الجوانب الثلاثة الآتية :-

الأولى: زيادة المتطلبات المادية والاجتماعية لبعض الأسر المصرية أدى إلى سعى عائلها للعمل بالخارج .

الثانية : اختلاف المناخ النفسى والاجتماعى الذى يعيشه العاملون بالخارج أدى إلى اختلاف فى المتغيرات الشخصية .

الثالثة : اختلاف الثقافات، والعادات والطباع يؤدى إلى اكتساب قيم جديدة، ويضعف الانتماء للوطن .

هدف البحث :

يهدف البحث إلى التعرف على بعض المتغيرات الشخصية للعاملين العائدين من العمل بالخارج الناتجة من اختلافات أساليب الحياه والتفكير والعمل، واختلاف المناخ النفسى والاجتماعى، وكذلك التعرف على متغير القيم الناتج من إختلاف الثقافات والعادات والطباع .

فروض البحث

تتمثل فروض البحث فى النقاط الآتية :

١ - وجود ارتباط ذات دلاله إحصائيه بين عينة العاملين العائدين من العمل بالخارج، وبين عينه العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى بعض المتغيرات الشخصية.

٢ - وجود ارتباط ذات دلالة إحصائية بين عينه العاملين العائدين من العمل بالخارج ، وبين عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى متغير القيم .

مصطلحات البحث :

وسوف يقوم الباحث بتعريف بعض المصطلحات المتصلة بموضوع البحث .

العدوان :

يعرفه «مصطفى سويف» بأنه سلوك يحمل معنى التعدى على بعض القيم الجمعية، وينطوى فى صميمه على مخالفة

صريحة أو ضمنيه لمعايير السلوك المتفق عليه، ولذلك فإن السلوك العدوانى يتعارض مع مقتضيات الحياه الجمعيه لأنه لا يستجيب لفوارق الغير». (٣٧ : ٣٣، ٣٤) .

ويعرفه « فيليب هاريمان» بأنه «سلوك يقصد به إيذاء آخر أو جرحه، وأن كثافة العدوان يتناسب مع حجم وكثافة الإحباط، فكلما زاد إحباط الفرد كلما زاد عدوانه». (١٧: ٢٢) .

ويعرفه « جابر عبد الحميد » بأنه «المصارحه بالرأى، ونقد الآخرين علنا، وتعنيف من يخالفه الرأى والانتقام لما يصيبه من أذى» (٨ : ٤١٢) .

القلق :

يعرفه بيرون pieron بأنه «عدم ارتياح نفسى وجسمى فى الوقت نفسه، فمن الناحية النفسية يتميز بخوف منتشر، وبشعور من عدم الأمن، وبكارثة وشيكة» (١٤ : ٨) .

ويعرفه «جيمس دريفر» J. Drever بأنه «حالة إنفعالية معقدة يصاحبها مشاعر الخوف والفزع وتتسم باضطرابات عصبية وعضوية». (٤٤ : ١٧)

ويعرفة «أحمد عزت راجح» بأنه «إنفعال مكتسب مركّب من الخوف والألم، وتوقع الشر، ولكنه يختلف عنه فى أن الخوف يثيره موقف خطر مباشر ماثل أمام الفرد يضر بالعقل، ولهذا فالقلق حالة من التوتر الانفعالى تشير إلى وجود خطر خارجى أو داخلى شعورى أو لا شعورى يهدد الذات. (١: ١٦٨) .

وهو «شعور بالخوف من المستقبل والمخاطر التى يمكن أن تواجهه فيه، وينشأ هذا القلق عندما يكون الواقع الذى يعيش فيه غير مشبع لرغباته ومحبط له، كما ينشأ عندما تكون الظروف المحيطة به ليست فى جانبه. (٢ : ١٢٣) .

العُصابية :

هى الحالة التى يكون عليها العُصابى، ومن وجهة نظر «كاتل» ليست العصابية هى سمة العُصابى وحده، ولكن السمات العصابية تنتشر بين الناس جميعا وتختلف فى شدتها من فرد لآخر (٢١: ٢٨) .

والعصابية هى مرض نفسى أو عصبى وظيفى ينطوى على مجموعة من الأعراض النفسية كالانفعالات المكبوتة، والصدمات، والصراع الداخلى، وهى خلل أو اضطراب وظيفى يطرأ على الجهاز العصبى ، وترجع جذورها إلى منشأ نفسى (٣: ٢٠٧) .

المشكلات النفسية :

يعرّفها «عماد الدين إسماعيل «بأنها» مشكلات سلوكية تتعلق بقدرات الفرد وميوله وعاداته وسماته الانفعالية». (٢٣: ٣٠) .

ويعرفها «ضياء الدين أبو الحب» بأنها «التواترات النفسية المصاحبة التى يعانى منها الفرد فى علاقاته الإجتماعية والأسرية». (١٨ - ٣٦٢) .

القيم :

تختلف مفاهيمها من مدرسة نفسية أو إجتماعية إلى مدرسة أخرى ، فيعرفها «فيبر» بأنها «أى شىء خيرا كان أو شرا» ويرى «ثورنديك» بأنها تفضيلات تكمن فى اللذة والألم الذى يشعر به الإنسان بينما يرى «باكمان» أنها أفكار حول ما هو مرغوب فيه أو غير مرغوب فيه بالنسبة للأمور التى يشترك فيها أعضاء جماعة أو ثقافة معينة. (٢٧ : ٢١ - ٢٤) .

وتعرف بأنها مفهوم يدل على مجموعة من الاتجاهات المعيارية (المركزية) لدى الفرد فى المواقف الاجتماعية، فتحدد له أهدافه العامة فى الحياة، والتى تتضح من خلال سلوكه العملى أو اللفظى. (٢٠ : ٥٥) .

ويعرفها «حامد زهران» بأنها «تنظيمات لأحكام عقلية انفعالية نحو الأشخاص والأشياء والمعانى وأوجه النشاط، وهى مجرد مفهوم ضمنى غالبا ما يعبر عن الفضل أو الامتياز، أو درجة الفضل الذى يرتبط بالأشخاص أو الأشياء أو المعانى، أو أوجه النشاط. (١٠ : ١٣٢) .

وتعرف بأنها «مفهوم يميز الفرد أو الجماعة التى ينتمى إليها، ويحدد ما هو مرغوب فيه وجوبا، ويؤثر فى انتقاء أساليب العمل ووسائله وغاياته». (٢٠ : ٥٥) .

القيم السائدة:

وهى القيم الموجودة فعلا، والتى تترجم فى سلوك الفرد، وهى التفضيلات الفعلية أو الواقعية السائدة.

القيم المرغوبة:

وهى القيم التى يرغبها الفرد، وتعبر عما هو مرغوب، أو ما هو متوقع أو مرجو أو مطلوب، فهى تعبر عن المحكات القيمية المرغوبة التى يتم فى ضوئها الحكم على السلوك وبالتالى فهى التصورات المثالية لما يجب أن يكون. (١١: ٧٤).

الانتماء :

ويعرفه «إنجلش وإنجلش» بأنه «اتجاه يحس الفرد من خلاله توحده بالجماعة التى تعطيه مكانه داخلها، ويستشعر بالأمان من خلالها. (٤١: ١٨).

الحاجة للإنتماء :

وهى الرغبة فى الانضمام لأشخاص آخرين. (٦: ١٢٨).

ويقصد به حاجة الفرد لأن يكون عضوا فى جماعة متواجدا معها، مقبولا ومستحسنا بينها وأن يحس بالفخر بها والأمان فيها، يعمل من أجل خيرها ونصرتها، ويعتز بولائه لها. (٩ ـ ١٢٦).

المشكلات الاجتماعية:

يعرفها «ألفرد مكلونج» A. Macloing بأنها «مسألة أو قضية تتعلق بموقف أو شخص أو جماعة تنظر إليها على أنها صعوبة اجتماعية من جانب جماعة يوجهون لها انتباها خاصا بعمليات المناقشة والبحث، وربما أيضا مع أو بدون القيام بإتخاذ فعل إصلاحى أو تعويضى. (١٥: ٨٢).

الإطار النظرى :

نجد أن الاهتمام بالتنمية وزيادة دخل الأسرة، والتطلع لتحسين أوضاع المعيشة للأسرة عن طريق العمل خارج مصر أصبح الشاغل المهيمن على سلوك الكثيرين من سكان جمهورية مصر العربية، واتجه كثير من المصريين على مختلف مستوياتهم الثقافية والاجتماعية والاقتصادية للسفر إلى الخارج للعمل رغبة فى تحقيق متطلباتهم الاقتصادية، وتأمين مستقبلهم ومستقبل أسرهم. (٢٩ ـ ١٢٢).

وتشير الإحصائيات فى الجدول الآتى إلى تقدير قوة العمل المصرية فى الخارج من عام ١٩٧٦ ـ ١٩٨٢.

السنة	تقدير عدد المصريين العاملين بالخارج	تعداد السكان
١٩٧٦	١٤٢٥٠٠٠	٤٢٧٥٠٠
١٩٧٧	١٤٤٧٠٠٠	٤٣١١٠٠
١٩٧٨	١٤٨٣٠٠٠	٤٤٤٩٠٠
١٩٧٩	١٥٢٩٠٠٠	٤٥٨٧٠٠
١٩٨٠	١٥٧٨٠٠٠	٤٧٣٤٠٠
١٩٨١	١٦٢١٠٠٠	٤٨٦٣٠٠
١٩٨٢	١٦٦٧٠٠٠	٥٠٠١٠٠

وتشير الإحصائيات إلى زيادة نسبة المصريين المهاجرين إلى الخارج خاصة بعد حرب (١٩٧٣) سواء للعمل فى الدول العربية، أو الدراسة بالدول الأجنبية، أو للهجرة للعمل فى الدول الأوربية والأمريكية وقد بلغ عددهم وفقا لتعداد عام (١٩٨٦) إلى (٢,٢٥٠ مليون) أى بنسبة (٤,٥ ٪) من تعداد السكان عام (١٩٨٦)*.

وبحساب قوة العمل المهاجرة فى عام (١٩٧٦)، والتى بلغت كما هو فى الجدول السابق (١,٤٢٥ عامل بالخارج).

يتضح لنا أن هذه القوى العامله تمثل حوالى (٣,٧ ٪) من جملة سكان جمهورية مصر العربية البالغ عددهم فى عام (١٩٧٦) حوالى (٣٨,٢٢٨ مليون نسمة). (٤٣: ٣٨).

ونجد أن الدوافع التى تكمن وراء هجرة العمالة المصرية إلى الخارج تستوجب معرفة العوامل الطاردة Push Factors. وقد جمع (محمد رشيد الفيل) عوامل الطرد هذه فى تعريفه للهجرة حيث ذكر أن الهجرة هى «عملية للحركة والانتقالات من منطقة إلى أخرى إما طلبا للرزق، أو لتحسين وضع الإنسان الاقتصادى، وربما تحدث الهجرة نتيجة لعدم الارتياح

* تم هذا التقرير بتطبيق نسبة قوة العمل إلى اجمالى السكان فى تعداد (١٩٧٦).

بسبب الخوف، أو شعور الفرد بالعجز عن توفير المتطلبات الضرورية لحياته، وحياة عائلته (٣١ : ٢٢).

وإذا كان العمل فى الخارج ليس من أهداف الراغبين فى الترقى لدرجات أعلى، أو الحصول على وضع اجتماعى متقدم، بل الهدف هو الحصول على ثروة اقتصادية، لذا فإن الطابع المسيطر على ذلك هو الطابع المادى، والذى يكون على حساب ضمانات أخرى تترك آثارها على جميع أفراد الأسرة، وفى مقابل ذلك النجاح المادى تواجه هذه الأسر العاملة فى الخارج بعض المشكلات النفسية والاجتماعية نتيجة لبعدها عن وطنها الأصلى بما فيه من الأهل والأقارب والأصدقاء والعمل والسكن، ومدارس الأبناء، بما فيه من العادات والتقاليد والقيم والاتجاهات، والانتقال إلى مجتمع جديد عليهم فى عاداته وتقاليده وسكانه، إلى جانب اختلاطهم بالجنسيات المختلفة. (١٥ : ١٣).

ونجد أن رب الأسرة يسافر للعمل فى الخارج ومعه الزوجة والأبناء مرافقين له، فتترك الزوجة عملها فى مصر، وترافق زوجها على أمل أن تجد عملا فى البلد الجديد، وقد لا تجد عملا مناسبا لمؤهلها أو خبراتها، وقد ترافق الزوجة زوجها ومعها جميع الأبناء، ويصبح نتيجة لذلك أن الأبناء لا يقيموا فى منازلهم مدة طويلة، أو حتى فى مدينتهم التى ولدوا فيها سوى فترة أجازتهم الدراسية، وبذلك تواجههم المشكلات لأن تغيير محل الإقامة، وكثرة الانتقالات من مكان لآخر يجعل حياة الأبناء مضطربة، وينتقلون من مدارسهم إلى مدارس أخرى (٢٩ : ١٢٢).

ويتعرض العاملون بالخارج إلى بعض الهزات الثقافية والاجتماعية تؤدى إلى حدوث مؤثرات على حياتهم الاجتماعية والثقافية والأسرية، ويضطرون إلى التكيف مع قيم وعادات وتقاليد المجتمع الذى يعملون فيه. (٢٦ : ١٤٦).

الدراسات والبحوث السابقة :

يصنف الباحث الدراسات السابقة وفقا للتسلسل الزمنى، وتتضمن القائم بالدراسة والنتائج التى توصلت إليها كل دراسة.

أسفرت نتائج دراسة « سامية موسى» عام (١٩٧٨) - عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللاتى يعملن ويعمل أزواجهن فى الخارج فى التوافق النفسى، وفى مستوى القلق، وفى التوافق الشخصى والاجتماعى عن الأمهات اللاتى يعملن داخل الوطن .

وتوصلت نتائج دراسة « عبد الباسط عبد المعطى» عام (١٩٨٤) عن ظهور مشكلات عامة لدى عينة من المصريين بالكويت تتمثل فى عدم الرضا عن ساعات العمل، وعدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية فى إطار العمل، وعدم الرضا عن نوع العمل مقارنة بالخبرات والمؤهلات، وارتفاع إيجار المسكن، وارتفاع أسعار مصاريف الأبناء فى المدارس غير الحكومية، وقلة مدخرات الأسرة التى تصطحب الزوجة والأبناء معها أثناء العمل بالخارج (١٩ : ٤٤، ٤٥).

وأظهرت دراسة « جانيت بطرس» عام (١٩٨٤) النتائج الآتية :

١ - إنتشار ظاهرة التفكك الأسرى، وإنتشار بعض الظواهر المرضية كإنحراف الأحداث والطلاق، وتعدد الزوجات، وفشل الأولاد فى المراحل التعليمية.

٢ - تفشى شعور قوى من قبل عدد لا يستهان به من العاملين بالخارج بعدم الإنتماء للوطن الأصلى. ٣ - نقل عادات ومفاهيم جديدة دخيلة على مفاهيمنا وعاداتنا. (٢٦ : ١٥٦).

وأشارت نتائج دراسة «غادة عوامات» عام (١٩٨٥) إلى وجود معامل إرتباط موجب بين حجم الهجرة والمشاكل التى يعانى منها أبناء العاملين بالخارج ومن أهمها: عدم التكيف مع المجتمع المضيف، ومشاكل الإغتراب الثقافى، وضياع الهوية (٢٥ : ١٥ - ١٧).

وكشفت نتائج دراسة «سعاد عطا» عام (١٩٨٥) عن وجود تدهور فى الاستقرار الاجتماعى وتغير قيم التعاون والمزاملة والتكامل الاجتماعى لدى أسر العاملين بالخارج (٤٠ : ٩٣).

وأكدت نتائج دراسة «أنافاسكيس» عام (١٩٨٥) لمعرفة سيكولوجية العاملين بالخارج عن وجود بعض المشكلات النفسية والاجتماعية تتمثل فى الإحساس بظروف عمل صعبة، وبواقع أليم وأنظمة من قواعد السلوك المختلفة، والشعور بالغربة، وعدم التكيف، وينعكس ذلك على ضعف

الثقة بالنفس والعزلة، وقد يلجأ إلى حيل دفاعية تمكنه من التصدى للصعوبات التى تواجهه، وبعد فترة قد ينجح فى التغلب على العقبات من خلال الإمتصاص الثقافى فيلائم بين ثقافته الأصلية وبين أنماط الثقافة والقيم فى عمله بالخارج (٢٦: ١٥٨، ١٥٩).

وأظهرت نتائج دراسة «يوسف عبد الصبور» عام (١٩٨٥) وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الحاجة للإنتماء وجوانبها الآتية: الإنتماء للعائلة، والإنتماء للجيران، الإنتماء للأقران، والإنتماء للوطن، وبين العاملين بالخارج. (٤٠: ٣٣٥ - ٣٣٧).

وأسفرت دراسة «أنتونى ريتشموند» عام (١٩٨٥) لمعرفة «التكيف الاجتماعى الثقافى والصراع فى البلدان المستقبلة للعاملين بها» عن النتائج الآتية وتتمثل فى وجود تباين بين العاملين بالخارج ثقافيًا وإجتماعياً ودينيًا وحتى بين العاملين من البلد الواحد، وتحاول كل مجموعة متشابهة إلى الإقامة سوياً، وقد تعمل على إظهار التماسك الاجتماعى فيقيم معاهد ومؤسسات تعليمية مستقلة كرد فعل للمعاملة القائمة على التفرقة فى المجتمع المضيف لهم (٤: ٣٠ - ٣٢).

وأكدت نتائج دراسة «صابر عبد ربه» عام (١٩٨٥) على وجود إنخفاض فى الإنتماء للوطن الأصلى والإحساس بالإغتراب، واستقلال العاملين بالخارج عن أسرهم وعائلاتهم حفاظاً على العائد المادى (٤٠: ٩٤).

وأشارت نتائج دراسة «سامية موسى» عام (١٩٨٧) عن وجود اضطراب فى التوافق الشخصى والاجتماعى، وظهور القلق لدى أسر العاملين بالخارج. (١٥/ ١٨٣، ١٨٤).

وأظهرت دراسة «فاروق عبده» عام (١٩٨٩) وجود صعوبات ومعوقات تواجه أسر العاملين بالخارج عند عودتهم إلى وطنهم الأصلى نتيجة لإختلاف الثقافات، والقيم واللهجات، وأسلوب الحياة والعادات والتقاليد فى البلاد التى يعملون بها. (٢٦: ١٧٠).

تعقيب على الدراسات السابقة:

من الواضح أن معظم الدراسات أكدت على أن هدف الراغبين للعمل فى الخارج من الأسر المصرية ينحصر فى زيادة الدخل، ومواجهة متطلبات الحياة، وتحسين أوضاع المعيشة، وفى المقابل تواجه هذه الأسر العاملة بعض المشكلات النفسية والاجتماعية التى تنعكس على بعض المتغيرات الشخصية تتمثل فى اضطراب التوافق الشخصى والاجتماعى، والعدوان، والعصابية، والحاجة إلى الإنتماء.

وكشفت بعض الدراسات عن بعض النتائج التى إنعكست نتيجة لاستقلال عائل الأسرة بعيداً عنها حفاظاً على العائد المادى، وتتمثل فى تدهور الاستقرار الاجتماعى والعائلى، وإنتشار ظاهرة التفكك الأسرى، وإنتشار بعض الظواهر الإنحرافية كإنحراف الأحداث، وإدمان المخدرات وفشل الأبناء فى مراحل التعليم.

وأشارت بعض الدراسات إلى بعض الهزات الثقافية والاجتماعية لأسر العاملين بالخارج نتيجة لإختلاف القيم والعادات والثقافات.

عينة البحث:

تكونت عينة الدراسة من مجموعتين:

الأولى: خمسون من العاملين الذكور المتزوجين، وتتوافر فيهم الشروط الآتية:

أ- تتراوح أعمارهم ما بين ٣٠ - ٤٥ عاماً.

ب- فترة عملهم بالخارج تتراوح ما بين ٥ - ١٠ سنوات.

جـ- حاصلين على مؤهلات متوسطة وعالية.

د- يعملون بالمصالح الحكومية بجمهورية مصر العربية.

هـ- أنتهت مدة خدمتهم من العمل بالخارج.

الثانية: خمسون من العاملين الذكور المتزوجين بجمهورية مصر العربية، وتم إختيارهم بطريقة عشوائية، وبنفس مواصفات العينة الأولى من حيث العمر الزمنى، والمؤهلات الدراسية، ومدد خدمتهم، وعملهم بجمهورية مصر العربية.

الأدوات:

أولا: اختبار الشخصية الإسقاطى الجمعى:

مؤلفيه (ر.ن. كازل R.N. Cassel، ت.جـ. كان T.C. Khan)، وقام بتعريبه وإعداده (د. محمود أبو النيل)، وهذا

الاختبار يجمع بين خاصتين هما: الصورة المرتبطة بموقف ما يسقط عليها الفرد مشاعره وإحساساته، والتكميم حيث تعطى درجة كلية للفرد على الاختبار بعد إجراء معالجات إحصائية خاصة على درجات مقاييسه الفرعية وتشير لمستوى الصحة النفسية لديه كما يحصل الفرد على درجات سبع نواحى يقيسها الاختبار بعد إستجابته على تسعين سؤالا كل منها مرتبط بصورة.

مفاتيح التصحيح:

يستخدم مفتاح واحد فى حالة التصحيح باليد، وذلك بوضع المفتاح مباشرة فوق ورقة الإجابة بحيث تتطابق الأرقام التى فى المفتاح بالضبط مع الأرقام التى فى ورقة الإجابة، ثم يقوم المصحح بعد الوحدات التى قام المفحوص بتسويد الفراغات الخاصة بها، والتى تظهر من خلال فتحات المفتاح (٣٥: ٣٩٣، ٤٠٦).

ثانياً - إستبان تقدير الشخصية:

مؤلف هذا الإستبيان هو (رونالد. ب. رونر) ترجمة وإعداد (ممدوحة سلامة)، وهو أداة للتقرير الذاتى أعدت بهدف الحصول على تقدير كمى لكيف يرى ويدرك الفرد نفسه فيما يتعلق بسبعة نزعات شخصية (ميل سلوكى) وهى:

١ - العدوانية - والعداء بما فى ذلك العدوان الجسمى واللفظى والسلبى.
٢ - الاعتمادية.
٣ - تقدير الذات.
٤ - الكفاية الشخصية.
٥ التجاوب الإنفعالى.
٦- الثبات الإنفعالى.
٧ - النظرة للحياة.

طريقة التصحيح:

وضعت الدرجات كما يلى:

تنطبق تقريبا دائما	= ٤	تنطبق أحيانا	= ٣
تنطبق نادرا	= ٢	لا تنطبق أبداً	= ١

وقد صمم الإستبيان ووضعت درجات العبارات بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى الجانب السلبى من السلوك المراد قياسه. (١٣: ٣ - ٩).

ثالثا - إستفتاء القيم:

أعد هذا الاستفتاء (حامد زهران، إجلال سرى) عام (١٩٨٥) لدراسة القيم السائدة، والقيم المرغوبة، ولتحديد القيم المراد قياسها وهى: القيم الاجتماعية، والاقتصادية، والجمالية، والدينية، والسياسية، والنظرية.

مفاتيح التصحيح:

تتكون من ستة مفاتيح لكل قيمة على حده، بحيث تصحح أوراق الإستجابة بوضع المفاتيح المثقبة عليها الواحد تلو الآخر، وتعد الفقرات الحاصلة على (١) «التفضيل الأول وتضرب فى ٣»، وتعد الفقرات الحاصلة على (٢) «التفضيل الثانى وتضرب فى (١)، وتعد الفقرات الحاصلة على (٣) «التفضيل الثالث وتضرب ١». ثم تجمع هذه الدرجات فتكون درجة القيم الحاصلة عليها المفحوص، وتوضع فى مكانها على ورقة الإستجابة، وهكذا بالنسبة للقيم الست، ويلاحظ أن المجموع العام لكل القيم هو (٢٨٨ درجة)، وتتفاوت الدرجات بالنسبة للقيم الست. (١١: ٨٣، ٨٤).

نتائج البحث وتفسيرها:

أولا - نتائج اختبار الشخصية الإسقاطى الجمعى:

يوضح الجدول رقم (١) الفروق بين العينتين العائدين من العمل بالخارج وبين العاملين داخل جمهورية مصر العربية.

يتضح من الجدول التالى ما يلى:

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العاملين العائدين من العمل بالخارج وبين العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى المتغيرات الآتية: السعادة، ووهن العزيمة، والإنتماء لصالح عينة العاملين العائدين من الخارج.

ففى السنوات الأخيرة نجد أن كثيرا من المصريين يتجهون إلى العمل بالخارج بغية تحقيق متطلباتهم الاقتصادية، وزيادة دخلهم، وتأمين مستقبل أولادهم، وهذا ينعكس على إحساسهم بالسعادة لتغلبهم على مواجهة الأزمات والمشكلات الاقتصادية، والحصول على تحقيق الحاجات المادية والاجتماعية، وفى المقابل لابد من الالتزام بالقيود والضوابط التى تفرض عليهم فى العمل تتمثل فى زيادة ساعات العمل، والالتزام بمواعيد العمل، والإحساس بظروف عمل صعبة،

ونوع العمل الذى لا يتناسب أحياناً مع الخبرات والمؤهلات، هذه القيود تؤدى إلى وهن العزيمة الذى يتمثل فى إنخفاض مستوى التطوير والتحسين فى الأداء العملى. وفى بعض الأحيان يقبلون على العمل رغما عنهم نتيجة للإحساس بالإرهاق الجسمى، والعناء النفسى الذى ينعكس على إنخفاض مستوى التكيف مع المناخ الاجتماعى والنفسى للعمل، وأحياناً يصلوا إلى الإحساس بالاغتراب النفسى فى تكيفهم مع إيقاع الحياة اليومية، ومع تفاعلهم مع الآخرين.

وتتفق بعض الدراسات ومنها دراسة «جانيت بطرس» عام (١٩٨٤) مع الدراسة الحالية التى تؤكد على حاجة العاملين بالخارج إلى الإنتماء للوطن الأصلى نتيجة للهزات الثقافية والاجتماعية التى تحدث مؤثرات على حياتهم الاجتماعية والثقافية، فالإنتماء ما هو إلا «شعور أو إتجاه للتوحد للجماعة، وهو سمة لأى موضوع كائن وكجزء مكمل لوحدة أكبر أو مرتبط بموضوع آخر حيث يكونان وحدة أكبر يمكن أن تمثله المجتمع». (٤١: ٦٤).

٢ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العاملين العائدين من العمل بالخارج، وبين العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى المتغيرات الآتية: معامل إنخفاض التوتر - والرعاية - والانزواء - وطلب النجدة - والدرجة الكلية لصالح عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية.

فنجد أن درجة معامل إنخفاض التوتر تفيد كمؤشر لكمية التوتر الحالى الناتج عن القلق لدى الفرد عند تطبيق الاختبار عليه، ويشير المعامل (معامل إنخفاض التوتر) إلى أن المشاعر السلبية المسقطة بواسطة المفحوص هى مجموع المشاعر السلبية زائد المشاعر الإيجابية. (٣٥: ٤١٢).

فنجد أن تعقد الحياة، وزيادة أعباء المعيشة يفرض على عاتق العاملين المصريين أن يبذلوا قصارى جهدهم فى العمل للحصول على حوافز إنتاج لتحسين مستوى معيشتهم، وفى أحيان كثيرة يبحثون عن عمل آخر بجانب عملهم الرئيسى لمواجهة متطلبات الحياة، وفى ظل هذه المعاناة اليومية تظهر مشاعر القلق، واضطراب المزاج، والإحساس بالصراع.

ويؤكد كلا من «بيرون ولا بلاش» على أن القلق هو عدم إرتياح نفسى وجسمى فى الوقت نفسه، فمن الناحية يتميز بخوف منتشر، وبشعور من عدم الأمن، وبكارثة وشيكة ويمكن

جدول رقم (١)

الفروق بين العينتين العائدين من العمل بالخارج وبين العاملين داخل جمهورية مصر العربية

المتغيرات	العاملين العائدين من الخارج		العاملين داخل جمهورية مصر العربية		قيمة «ت»	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
	م	ع	م	ع			
السعادة	١٧,٦٢	٤,٣٨	١٢,٧٣	٣,٤٣	٦,٢٢	دال عند ٠,٠٠١	لصالح عينة العاملين العائدين من الخارج
وهن العزيمة	١٠,٨٨	٣,٤٩	٨,٨٢	٢,١٥	١,٤٩	دال عند ٠,٠٥	لصالح عينة العاملين العائدين من الخارج
معامل إنخفاض التوتر	٣٢,٩٦	٩,٤٥	٣٦,٦٢	١٤,٩٩	٥,٤٥	دال عند ٠,٠٠١	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
الرعاية	١٠,٨٤	٢,٢٣	١١,٥٦	٣,٣١	١,٢٨	دال عند ٠,٠٥	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
الانزواء	١٦,٤٠	٢,٥٦	١٣,٢٨	٤,٨١	٤,٠٥	دال عند ٠,٠٠١	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
العصابية	١٨,١٠	٥,٣٢	١٧,٦٢	٤,٨٠	٠,٤٧	غير دال	لا يوجد فروق بين العينتين
الانتماء	١٣,١٤	٣,٨١	١٢,٧٨	٣,٧٦	٢,١٦	دال عند ٠,٠٥	لصالح عينة العاملين العائدين من الخارج
طلب النجدة	٩,٣٦	٣,٨٧	١٦,٧٦	٥,٣٤	٧,٩٣	دال عند ٠,٠٠١	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
الدرجة الكلية	٤٩,٩٦	٦,٧٨	٦٣,٣٦	١٢,٤١	٦,٦٥	دال عند ٠,٠٠١	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية

أن يمضى من القلق الهين إلى الذعر، ومن الناحية الجسمية تظهر إنطباعات أليمة من الانقباضات الصدرية أو الرئوية، والقلق نلتقى به فى الأذهنة كما نلتقى به فى الأعصبه. (١٤: ٨).

وتشير درجة متغير الرعاية إلى الحاجة للقيام بدور الأب، متضمنا ذلك التطوع لتقديم المساعدة للآخرين، وعندما تكون الدرجة عالية جدا، فإن الفرد يميل إلى التصرف وفقا لأفكاره هو بصورة أكبر من المعايير السلوكية للجماعة، فى حين أن الدرجة المنخفضة تشير لميل قوى من جانب المفحوص لتجنب المسئولية الشخصية فيما يتعلق بكل من الذات والآخرين. (٣٥: ٤١٢).

فنجد أن عائل الأسرة المصرية يتحمل مسئولية الإنفاق على أبنائه وزوجته، ويبذل فى ذلك جهداً كبيراً حتى يحقق لهم الرعاية ومناخًا إجتماعياً ونفسيا سويا يساعد أبنائه على النحو السليم، وعلى التحصيل الدراسى المرتفع، وهذه رسالته التى يحقق بها ذاته، وأهدافه فى الحياة، ويحس بثمرة عمله من خلال المكانة الاجتماعية التى يحتلها أبنائه فى المجتمع.

ويؤكد علماء النفس أهمية العمل فى تكامل الشخصية، فهو وسيلة من وسائل التعبير عن الذات يحاول بها الفرد أن يحقق أهدافه، وأن يشبع رغباته وحاجاته، وهو فى أثناء التفاعل مع الوسط الذى يعمل فيه، ينمو وتتكامل شخصيته، وتتحقق ذاته، ويشعر بقيمته وإنسانيته. (٣٠: ٢٣٢).

وتفيد درجة الانزواء كمؤشر لحاجة المفحوص لتحاشى النشاط داخل الجماعة، ولتفادى المسئولية الشخصية والاجتماعية، وتشير الدرجة العالية لعدم الرغبة من جانب الفرد للمشاركة فى أنشطة الآخرين، فى حين أن الدرجة المنخفضة تعتبر مؤشراً لعدم النضج الإنفعالى (٣٥: ٤١٢).

فنتيجة للمسئوليات الكبيرة الملقاة على عاتق عائل الأسرة المصرية لا يجد الوقت الكافى للمشاركة فى الأنشطة الاجتماعية التى يمارسها الآخرين، ولا المناخ النفسى والاجتماعى نتيجة لإرتباط الزوجة والأبناء به. وتؤكد الدراسات النفسية على أن الأب الذى له وجود سليم فى حياة أبنائه يمكن أن يساعدهم على تخطى الكثير من معوقات النمو وانحرافاته، وأن عدم وجوده مادياً أو معنوياً معهم قد يدفع الأبناء إلى الإنحراف، حيث يعد الأب المثل الأعلى لهم فى كل ما يقومون به من سلوك ويعد أيضًا عاملاً هامًا فى بناء شخصياتهم وتكاملها. (٤٠: ٤٢).

ويشير متغير طلب النجدة إلى كل من:

(أ) البحث عن المساعدة والقيام بدور الطفل.

(ب) عدم الثقة فى الآخرين، وترتبط الدرجة المرتفعة بالاعتماد على الآخرين، وعدم الثقة فيهم، فى حين أن الدرجة المنخفضة تشير لعدم نضج إنفعالى.

فنجد أن كثرة الأعباء العائلية الملقاة على عاتق رب الأسرة العامل تجعله يحث أبنائه على النجاح فى الدراسة والإنتهاء منها بأسرع ما يمكن حتى يساعدوه فى حمل رسالته، وأحياناً يدفعهم إلى العمل فى فترات الأجازة الصيفية ليساعدوه فى مصاريف دراستهم.

وتشير الدرجة الكلية للإختبار كمؤشر للمستوى العام للإضطراب الإنفعالى، كما أنه يمكن أن تشير أيضًا لدرجة التوتر الناتج عن القلق، وللمستوى العام للنشاط وقت الاختبار، وأن الدرجة العالية تشير لفقر وإنخفاض فى الصحة النفسية، أما الدرجة المنخفضة فتشير لعدم نضج إنفعالى. (٣٥: ٤١٤).

وتؤكد بعض الدراسات النفسية إلى أن الكثير من مظاهر التوافق أو سوء التوافق التى تظهر فى سلوك أفراد الأسرة، وتحقق نجاحهم أو فشلهم فى الحياة يمكن إرجاعها إلى الظروف الأسرية التى يعيشونها. (٤٠: ١).

ولا يقاس التوافق السليم بمدى خلو الفرد من المشكلات، وإنما يقاس بمدى قدرته على مجابهة مشكلاته وحلها حلاً سليمًا، فالمشكلات أمر عادى فى حياة الأفراد، والأمر غير العادى هو فشل الفرد المستمر فى حل هذه المشكلات، أو عجزه عن أن يتعلم كيف يعيش مع مشكلاته متقبلا لها إذا استعصى عليه حلها. (١٦: ٥٢).

٣ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة العاملين العائدين من العمل بالخارج وبين عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى متغير: العصابية.

وتمثل الدرجة على مقياس العصابية القدرة على الوصول إلى قرارات سليمة وفورية، أو الحاجة إلى التردد، وعدم الحسم، فالدرجة العالية تشير إلى حالة من الغموض، وعدم

الوضوح فى التخطيط، بينما الدرجة المنخفضة تشير عامة وفى الغالب لعدم نضج إنفعالى. (٣٥ : ٤١٣).

والعصابية هى الحالة التى يكون عليها العصابى، ومن وجهة نظر «كاتل» ليست العصابية سمة العصابى وحده، ولكن السمات العصابية تنتشر بين الناس جميعا، وتختلف فى شدتها من فرد لآخر. (٢١ : ٢٨).

فنجد أن سمة العصابية لدى العاملين العائدين من العمل بالخارج تتمثل فى المشكلات التى يواجهونها فى العمل، وفى البعد عن الأسرة فى حالة عدم موافقتها. أما بالنسبة لسمة العصابية لدى العاملين داخل جمهورية مصر العربية فتتمثل فى الاهتمام بالتنمية، وزيادة دخل الأسرة، والتطلع لتحسين أوضاع المعيشة فيها.

وتشير العصابية هنا إلى عدم النضج، وليس العصابية كمرض نفسى، أو الاضطراب النفسى بل هى الاستعداد للصابة بالعصاب، ولا يحدث العصاب الحقيقى إلا بتوافر درجة مرتفعة من العصابية والضغوط الشديدة أو الانعصاب stress نتيجة لحوادث وخبرات الحياة، ويميل ذو الدرجات العليا فى العصابية إلى أن تكون إستجاباتهم الإنفعالية مبالغاً فيها ولديهم صعوبة فى العودة إلى الحالة السوية بعد مرورهم بالخبرات الإنفعالية (١٢ : ١٤٣، ١٤٤).

ثانياً - إستبيان تقدير الشخصية :

يوضح الجدول رقم (٢) الفروق بين العينتين الأولى وهى العائدين من العمل بالخارج والثانية وهى العاملين داخل جمهورية مصر العربية.

جدول رقم (٢)

الفروق بين العينتين الأولى وهى العائدين من العمل بالخارج والثانية وهى العاملين داخل جمهورية مصر العربية.

المتغيرات	العاملين العائدين من الخارج		العاملين داخل جمهورية مصر العربية		قيمة «ت»	مستوى الدلالة	إتجاه الفــرق .
	م	ع	م	ع			
العـــــــدوان	١٧,٩٤	٣,٦٣		[illegible]	٥,٥٧	دال عند ٠,٠٠١	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
الاعـــتـــمـــادية	١٧,٦٣	٣,٢١	٢	٣,٥٤	١١,٨٢	دال عند ٠,٠٥	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
التـقـدير السلبى للذات	٢٢,٢٢	٣,٥٤	٢٥,٦٢	٣,٦٦	٤,٧٠	دال عند ٠,٠١	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
عدم الكفاية الشخصية	٢٠,٣٠	٣,٦١	١٨,٨٨	٣,٦٠	١,١٩	دال عند ٠,٠٠١	لصالح عينة العاملين العائدين من الخارج
عدم التجاوب الانفعالى	٢٤,٤٠	٢,٩٧	٤٩,٤٤	٣,٧٧	٧,٧٨	دال عند ٠,٠٠١	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
عدم الثبات الانفعالى	٢٣,٦٢	٢,٩١	١٩,١٢	٣,٩٢	٤,٨٩	دال عند ٠,٠١	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
النظرة السلبية للحياة	٢٢,٥٣	٣,٠٥	٢٠,٢٤	٣,٢٦	٠,٣٢	غير دال	لا يوجد فروق بين العينتين

يتضح من الجدول السابق ما يلى:

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العاملين العائدين من العمل بالخارج وبين عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى المتغير الآتى: عدم الكفاية الشخصية لصالح عينة العاملين العائدين من العمل بالخارج.

ومتغير عدم الكفاية الشخصية والنقص يشير إلى شعور الفرد بعدم كفايته لعدم قدرته على النجاح فى مواجهة المطالب اليومية للحياة العادية، ومثل هذا الشخص تنقصه الثقة بالنفس، ويغلب عليه الشعور بالعجز والضآلة، كما يرى نفسه فاشلاً أو غير قادر على التنافس من أجل الحصول على ما يريده. (١٣ : ٦).

فهناك الكثير من العاملين بالخارج لا يستطيعون مواجهة مطالب الحياة اليومية داخل وطنهم بعد عودتهم لقلة الموارد المالية التى تقل عما اعتادوا عليه وهم يعملون بالخارج بالإضافة إلى الأعباء المادية والاجتماعية لأسرهم، فيضطرون إلى الإنفاق مما ادخروه من مال، ويظلوا هكذا حتى يفرغوا ما لديهم من مال، وبعدها يصابوا بالاحساس بعدم التكيف مع إيقاع الحياة اليومية، والشعور بعدم الكفاية الشخصية التى تتمثل فى ضعف الثقة بالنفس، والشعور بالعجز والضآلة لنظرتهم الغير واقعية إلى الحياة، وعدم قدرتهم على الثبات والصمود حيال الصدمات والشدائد والأزمات الحياتية التى يواجهونها لعدم قدرتهم على موازنة دخولهم من أعمالهم مع أعبائهم العائلية، وإلتزاماتهم الإجتماعية، وعندئذ يسعون للسفر من جديد.

٢ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة العاملين العائدين من العمل بالخارج وبين عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى المتغيرات الآتية: العدوان - الاعتمادية - التقدير السلبى للذات - وعدم التجاوب الإنفعالى - وعدم الثبات الإنفعالى لصالح عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية.

ويقصد بالعداء شعور داخلى بالغضب والعداوة والكراهية موجه نحو الذات أو نحو شخص أو موقف ما، ويتم التعبير عن العداء (ظاهريا) فى صورة عدوان، أى فعل أو سلوك يقصد به إيقاع الأذى أو الضرر بشخص ما أو شيء ما، وقد يوجه العدوان أحياناً إلى الذات، ويظهر العدوان فى شكل شجار أو نقار أو سخرية وتهكم لاذع، أو إستهزاء ونقد قاسى، أو تحقير او سباب، كذلك قد يتخذ صورة الضرب والركل، والقاء الأشياء، والإحاطة بها بغرض التدمير، ويظهر العدوان فى صورة أكثر سلبية كالعناد، وسهولة الاستثارة، والرغبة فى الإنتقام والتشفى والمرارة والإنفجار فى ثورات غضب لأتفه الأسباب. (١٣: ٤).

ففى بعض الأحيان نجد ظهور بعض أشكال العدوان لدى العاملين داخل جمهورية مصر العربية تتمثل فى سلوك يوجه أحياناً إلى الذات يظهر فى شكل التأنيب والنقد، وعدم الاتزان الإنفعالى، وأحياناً أخرى يوجه نحو الآخرين فى شكل شجار، أو إيذاء للآخرين، ويعتبر هذا السلوك إنعكاس مؤقت يحدث نتيجة للمؤثرات الخارجية الغير سارة، وللأزمات والضغوط المادية والاجتماعية المتلاحقة، ولكنها تزول بزوال هذه الظروف ويستطيع الفرد بعدها أن يعيد الاتزان الإنفعالى له.

ويقصد بالاعتمادية، الاعتماد النفسى على شخص أو أشخاص آخرين ليجد التشجيع أو الطمأنينة أو العطف أو السلوك أو الإرشاد أو القرار، وتبدو الاعتمادية فى سلوك الكبار فى سعيهم المتكرر للحصول على عطف وحنان وتأييد واستحسان وإرشاد الآخرين، وبصفة خاصة ذوى الأهمية لدى الفرد كأصدقائه وأفراد أسرته، فالشخص الاعتمادى هو من يحاول أن ينال عطف أو تشجيع أو عزاء أو محبة أصدقائه حين يمر بمتاعب أو يعتريه الهم، وغالباً ما يسعى للحصول على عون الآخرين حين يمر بمشكلات خاصة، كما أنه يجب أن يشعر الآخرون على حاله حين يمرض أو يتألم أو يمر بأزمة ما. (١٣: ٥).

فنجد أن كثيرا من العاملين خاصة الريفيين، والذين يقيمون بالمدن يعتمدون على عائلاتهم فى تزويدهم بضروريات الحياة اليومية العينية والمادية، وهناك كثير من الأسر بالمدن يعتمدون على عائلاتهم فى تربية أبنائهم والوقوف معهم فى الأزمات المادية والاجتماعية، وهذه إنعكاسات طبيعية ناتجة من تعقد الحياة اليومية، وإرتفاع مستوى المعيشة.

التقدير السلبى للذات:

ويتعلق هذا المقياس بما للفرد من مشاعر وإتجاهات وإدراكات متعلقة بذاته إمتداداً على متصل طرفه الإيجابى المشاعر والاتجاهات، والإدراكات الإيجابية تجاه الذات، وطرفه السلبى المشاعر والإتجاهات والإدراكات السلبية نحوها. ويشير التقدير السلبى للذات إلى عدم قبول المرء لنفسه، وخيبة أمله فيها وتقليله من شأنها، وشعوره بالنقص عن مقارنته بالآخرين وغالباً ما يرى الفرد نفسه فى هذه الحالة على أنه ليس له قيمة أو أهمية. (١٣: ٥).

فنجد أن عائل الأسرة العامل عندما لا يحقق رسالته داخل أسرته التى تتمثل فى تحقيق توفير الامكانيات المادية

والاجتماعية، ومستلزمات الحياة اليومية فإنه يحس ببعض المشاعر والإتجاهات، والإدراكات السلبية التى تتمثل فى عدم قبوله لنفسه، وشعوره بالنقص والضآلة عند مقارنة نفسه بالآخرين.

فالفرد الذى يلقى الصد أو يكون فى صراع داخلى من أجل هدف يريد تحقيقه فيصبح فى حالة اضطراب، وتوتر ثم يزداد توتره ويصبح قلقًا، والقلق قريب من الخوف، وهو الاستجابة لمصيبة متوقعة، أو لموقف ذى قوة دافعة كبيرة يشعر فيه الشخص بالعجز وعدم القدرة على الوصول إلى أى حل بناء. (٣٢: ٣٨).

عدم التجاوب الإنفعالى:

ويشير هذا المقياس إلى قدرة الفرد على التعبير بصراحة وتلقائية وحرية عند إنفعالاته تجاه الآخرين وبصفة خاصة مشاعر الدفء والمحبة تجاههم، ويشير عدم التجاوب الإنفعالى إلى العلاقات التى تتسم بالاضطراب والتصنع، وتلك التى تتخذ كدفاع، والشخص الغير متجاوب إنفعاليا قد يبدى الود من الناحية الاجتماعية إلا أنه غالباً ما يكون بارداً فى علاقاته بالآخرين متحوصلا فى مشاعر تنقصه تلقائية التعبير عن الدفء، كذلك فهو يجد صعوبة فى قبول المودة والحب من الآخرين وفى عطائها، وفى الحالات الشديدة قد يبدو مثل هذا الشخص متبلد الأحاسيس بارد العاطفة. (١٣: ٦).

نجد أن هناك سمات وخصائص أساسية للفرد العامل الذى يكرس حياته للعمل، صباحاً فى عمله الأساسى وفى المساء يبحث عن عمل آخر يستطيع به أن يوفى ما عليه من إلتزامات مادية وإجتماعية تجاه أسرته، ومن أهم هذه الخصائص التى يتسم بها، نقص فى العلاقات الفعالة والمشبعة مع الآخرين، ونقص فى المشاعر التلقائية، والتعبير الصادق وصعوبة التفاعل الإيجابى مع الآخرين. وتعد هذه الخصائص إنعكاس لإهتمام الفرد العامل بزيادة دخل أسرته، والتطلع لتحسين أوضاعها المعيشية عن طريق عدم وجود الوقت الكافى لانخراطه فى العمل.

عدم الثبات الإنفعالى:

فيقصد به الشخص الغير ثابت إنفعاليًا، فهو من يعترى حالته المزاجية تأرجح لا يمكن التنبوء به أو تحديده، فهو ينتقل بسرعة من مشاعر البهجة إلى مشاعر الحزن وعدم الرضا، كما قد يتحول فجأة من الشعور بالود إلى الشعور بالعداء، ومثل هذا الشخص ينزعج، ويضطرب لأدنى مشكلة أو صعوبة، كما يفقد تمالكه وضبطه لنفسه عند أقل توتر، وغالباً ما يكون سهل الاستثارة. (١٣: ٧).

فنجد أن الفرد العامل لا يعيش على وتيرة واحدة من الاستقرار النفسى والإنفعالى فى علاقته مع عمله ومع ظروف البيئة، ولكنه يتأثر بهذه الظروف حتى تؤثر بدورها على ثباته الإنفعالى فأحياناً يكون قلقًا ومتوتراً، وأحياناً أخرى يكون فى حالة استقرار إنفعالى.

ونجد أن ظروف الحياة فى تقلب وتغير دائمين، ولذلك يضطر الفرد إلى أن يعدل إستجاباته أو يغير نشاطه كلما تغيرت ظروف البيئة التى يعيش فيها، وقد يضطر أحياناً إلى إحداث تغير فى البيئة، فإذا وجد الفرد مثلاً أن مهنته لا تدر عليه ما يكفيه من الرزق فإنه يلجأ إلى تعلم مهنة أخرى أكثر رواجًا، وبذلك يستطيع أن يزيد من دخله، وهذا مثال لعملية التوافق التى تعتمد على تغيير الإنسان لإستجاباته ولنشاطه، أما إذا ساءت الحالة الاقتصادية فى بلد ما وتعذر على الإنسان أن يحيا حياة مريحة فقد يلجأ إلى الهجرة إلى بلد آخر يتوفر فيه الرزق. (٣٢: ٣٨١).

ومن خلال الفروق الواردة بين العينتين الأولى وهى عينة العاملين العائدين من العمل بالخارج، والثانية وهى عينة العاملين بجمهورية مصر العربية على أبعاد اختبارى الشخصية الإسقاطى الجمعى، وإستبيان تقدير الشخصية نستطيع أن نؤكد الفرض الأول وهو وجود إرتباط ذات دلالة إحصائية فى بعض متغيرات الشخصية.

ثالثاً - إستفتاء القيم:

يوضح الجدول رقم (٣) الفروق بين العينتين الأولى وهى العاملين العائدين من الخارج والثانية وهى العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى استفتاء القيم الذى يتضمن:

أ - السلوك الفعلى.

ب - السلوك المرغوب.

جدول رقم (٣) : الفروق بين العينتين فى استفاء القيم الذى يتضمن (أ) السلوك الفعلى (ب) السلوك المرغوب

(أ) السلوك الفعلى

المتغيرات	العاملين العائدين من الخارج		العاملين داخل جمهورية مصر العربية		قيمة «ت»	مستوى الدلالة	إتجاه الفــرق
	م	ع	م	ع			
القيم الاجتماعية	٥٥,٥٦	٦,٤٦	٥٢,٩٢	٤,٥٣	٢,٣٧	دال عند ٠,٠٥	لصالح عينة العاملين العائدين من الخارج
القيم الاقتصادية	٤٩,٦٤	٤,٥٤	٤٤,٣٨	١١,٧٦	٢,٩٥	دال عند ٠,٠١	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
القيم الجمالية	٣٩,٨٤	٩,٠٢	٣٦,٢٨	٦,٥٦	٢,٢٦	دال عند ٠,٠٥	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
القيم الدينية	٥٥,١٨	١٢,٣٠	٥٦,٥٠	٧,٠٤	٠,٦٦	غير دال	لا يوجد فروق بين العينتين
القيم السياسية	٤٨,٧٠	٥,٠٤	٤٩,٢٨	٦,٨١	٠,٤٨	غير دال	لا يوجد فروق بين العينتين
القيم النظرية	٤١,٩٠	٤,٠٥	٤١,٣٠	٦,٥٢	٠,٥٥	غير دال	لا يوجد فروق بين العينتين

يتضح من الجدول السابق ما يلى:

١ ـ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة العاملين العائدين من العمل بالخارج وبين عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى القيم الآتية: القيمة الاجتماعية والقيمة الجمالية لصالح عينة العاملين العائدين من العمل بالخارج.

القيمة الاجتماعية: وتتعلق بالجوانب الاجتماعية فى الحياة مثل الاهتمام بالآخرين وحبهم ومساعدتهم، وتنمية العطف والحنان والإيثار، وخدمة الغير، والإحساس بالمسئولية الاجتماعية، ووضع المركز الاجتماعى فى المقام الأول فى اختيار الزوج. (١١: ٧٦).

القيمة الجمالية: وتتعلق بالفن والجمال مثل الاهتمام بما هو جميل شكلا وتناسقًا، وتشجيع الفن والابتكار الفنى، والإهتمام بالتذوق الفنى والجمالى، ودراسة الأدب الذى يصور الحب فى أسمى صورة، ووضع الجمال فى المقام الأول فى اختيار الزوج. (١١: ٧٧).

فالقيمة الجمالية تبرز لدى العاملين بالخارج نتيجة لتوافر الإمكانيات المادية التى تؤهلهم للإهتمام بالتذوق الفنى والجمالى من خلال إقتناء بعض اللوحات والتحف، ويضع غير المتزوجين منهم السمات الجمالية فى المقام الأول فى اختيار شريكة حياتهم.

٢ ـ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة العاملين العائدين من الخارج وبين عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى القيمة الاقتصادية لصالح عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية.

فالقيمة الاقتصادية تتعلق بالمنفعة المادية والثروة مثل: الاهتمام بما هو نافع إقتصادياً والعمل على الحصول على الثروة واستثمارها، والاهتمام بالإنتاج والتسويق والاستهلاك، ووضع الثروة فى المقام الأول فى إختيار الزوج. (١١: ٧٦).

فالعاملين فى مصر يهتمون بزيادة دخل أسرهم، ويحاولون تحسين أوضاعهم الاجتماعية من خلال بذل قصارى جهدهم فى العمل من خلال زيادة الانتاج للحصول على حوافز الانتاج التى تزيد من مرتباتهم، ويستطيعون الإنفاق على أبنائهم.

٣ ـ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة العاملين العائدين من العمل بالخارج وبين عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى القيم الآتية: القيمة الدينية ـ والقيمة السياسية والقيمة النظرية.

فالقيمة الدينية تتعلق بالتعاليم الدينية، والسلوك الدينى مثل: معرفة ما وراء العالم الظاهرى، ومعرفة أصل الإنسان ومصيره، والإيمان بالله المسيطر على الكون، والسعى وراء الحياة الدنيا على إعتبار أن هذا العمل دينى، ووضع الدين فى المقام الأول فى إختيار الزوج. (١١: ٧٦).

فقد أكثر الإسلام من التأكيد على أن ما للتعاليم والوحى السماوى من شأن فى الحكم على قيم الأشياء والأعمال، وقد أكد أيضًا الإسلام على بيان ما يربط الحياة الدنيا بالحياة الأخرى، ولهذا الإرتباط شأنه فى تقويم الأشياء والأعمال والحكم عليها، وخطاب الله هو الفيصل فى الحكم على الحسن والقبيح، وعلى المباح والمحرم، ويترتب عليه العقاب فى الآخرة، وقيمة الأشياء من حيث ما تحصله للإنسان من حسن الأفعال أو قبحها. (٢٠: ٣٩).

والقيمة السياسية: وتتعلق بالنشاط السياسى مثل: العمل للحصول على القوة والتحكم فى الآخرين، والقدرة على توجيه الغير، ووضع الحب فى المقام الأول فى اختيار الشريك (١١: ٧٦).

ويظهر فى التوافق الغير سوى الفرد الذى بحاجة إلى السيادة والحصول على التحكم فى الآخرين فقد يحل هذا الصراع باصطناع المعاذير أو المبالغة فى تصوير عجزهٰ أو بأحلام اليقظة أو بالإعتقاد بأن الناس يضطهدونه، وكل هذه الحلول تعمل على خفض التوتر إلى حد ما لأنها تعين على تهدئة القلق. (٣٢: ٣٨٥).

والقيمة النظرية: وتتعلق بإكتشاف الحقيقة مثل السعى الدائم لاكتشاف الحقيقة، والتعرف على العالم المحيط بنا، والسعى لمعرفة القوانين التى تحكم الأشياء، ووضع العلم والثقافة فى المقام الأول فى اختيار الزوج. (١١: ٧٦).

وتعتبر القيم نتاج للثقافة المتولدة عند الأفراد والجماعات، وتنمو لدى الفرد من خلال تعرضه لمختلف الخبرات عن طريق التنشئة الاجتماعية سواء كانت هذه الخبرات مقصودة أو غير مقصودة، فيتعلم ويكتسب موجهات لسلوكه يوظفها فى حياته اليومية فى تعامله وتفاعله مع الآخرين. (٣٦: ١٤٤).

جدول رقم (٤): يوضح الفروق بين العينتين الأولى وهى العاملين العائدين من العمل بالخارج والثانية بين عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية.

ويتضح من الجدول التالى ما يلى:

١ ـ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة العاملين العائدين من العمل بالخارج وبين عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية فى القيم الآتية: القيمة الدينية، والقيمة النظرية لصالح عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية.

والقيم المرغوبة هى التى يرغبها الفرد، وتعبر عما هو مرغوب، أو ما هو متوقع أو مرجو أو مطلوب فهى تعبر عن المحكات القيمية المرغوبة التى يتم فى ضوئها الحكم على السلوك، وبالتالى فهى التصورات المثالية لما يجب أن يكون. (١١: ٧٤).

فنجد أن تصورات العاملين داخل جمهورية مصر العربية دائمًا ما تنصب على استكمال أركان الدين الإسلامى، ليجد السلوى له فى حياته، ويتوق إلى زيارة بيت الله الحرام،

جدول رقم (٤): الفروق بين العينتين الأولى والثانية

(ب) السلوك المغوب

المتغيرات	العاملين العائدين من الخارج		العاملين داخل جمهورية مصر العربية		قيمة «ت»	مستوى الدلالة	إتجاه الفـرق
	م	ع	م	ع			
القيم الاجتماعية	٥٤,٨٤	٦,١٠	٥٣,٧٨	٥,٦٤	٠,٩٠	غير دال	لا يوجد فروق بين العينتين
القيم الاقتصادية	٤٦,٠٠	٥,٥٠	٤٧,٠٠	٦,٩١	٠,٨٠	غير دال	لا يوجد فروق بين العينتين
القيم الجمالية	٣٩,٨٠	١٠,٨٠	٣٨,٦٠	٧,١٥	٠,٦٦	غير دال	لا يوجد فروق بين العينتين
القيم الدينية	٥٢,٩٦	١٠,٦٠	٥٠,٣٢	١٣,٣٧	١,٠٩	دال عند ٠,٠٥	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية
القيم السياسية	٤٥,٩٠	٣,٦٤	٤٦,٨٤	٦,٠٢	٠,٩٥	غير دال	لا يوجد فروق بين العينتين
القيم النظرية	٤٥,١٢	٣,٦٩	٤٢,٠	٥,٦١	٣,٢٥	دال عند ٠,٠١	لصالح عينة العاملين داخل الجمهورية

وزيارة قبر الرسول عليه أفضل الصلاة والسلام، واستكمال مناسك الحج من خلال توفير بعض الامكانيات المادية، وتعتبر هذه من الأمنيات الدينية المرغوبة لكل مسلم، وهذا ما أدى إلى سعى معظم المصالح الحكومية والشركات الخاصة فى مصر إلى إستيعاب بعض أعداد العاملين المصريين كل عام، بالإضافة إلى بعثة الحج المصرية التى تنظمها وزارة الداخلية كل عام.

وتتمثل القيمة النظرية فى الاهتمام والسعى من خلال اكتشاف الحقيقة، والتعرف على العالم المحيط بالإنسان والتعرف على القوانين التى تحكم الأشياء من خلال نقل ثقافات العالم وحضارته من خلال وسائل الأعلام المسموعة والمرئية والمقروءة، وتعتمد على الحكم الأخلاقى Moral Judgement الذى يختلف من عمر لآخر، وهناك نوعين من الأحكام الأخلاقية أولهما الأحكام المرتبطة بالجانب الاجتماعى، والتى تصدر بناء على العرف والتقاليد السائدة وثانيها الأحكام المرتبطة بالمثل العليا ويحددها الضمير. (٢٠: ٢٢).

٢ ـ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة العاملين العائدين من الخارج وبين عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية: القيمة الاجتماعية ـ والقيمة الاقتصادية ـ والقيمة الجمالية ـ والقيمة السياسية.

وتعتبر هذه القيم المرغوبة من الأمنيات التى يتمنى الإنسان تحقيقها عبر مراحل حياته المختلفة، وبشكل مثالى من خلال تعميق مشاعر العطف والإيثار فى الحياة، والاختيار المثالى للزوجة التى تعينه على تحمل مسئوليات الحياة، وتوفير الإمكانيات المادية له ولأسرته وتوفير مستلزمات الحياة، والاهتمام بالتذوق الفنى، والإحساس بكل ما هو جميل، والقدرة على توجيه الغير بما يعود عليهم بالنفع.

وتؤكد بعض الدراسات على أن القيم تعبر عن تصور المرغوب، وتؤثر فى السلوك التفضيلى أو الاختيارى، أى أنها تتضمن خاصية الاختيار والتوجيه، وتتضمن عنصراً معرفياً، وآخر وجدانياً (عاطفياً)، وينظر «نيو كمب New Comb إلى نسق القيم الأساسية المتكاملة بإعتباره يوضح أولويات القيم كإطار مرجعى للسلوك يأتى على قمة مكونات الإطار المرجعى العام لسلوك الفرد، أى أن نسق القيم ينظم نسق السلوك. (١١: ٧٤).

ومن أهم خصائص القيم أنها إنسانية، ذاتية، نسبية ترتب ترتيباً هرمياً يتضمن نوعاً من الرأى والحكم، كما تتضمن الوعى بمظاهره الإدراكية والوجدانية والنزوعية. (٧: ٢١٧).

ويرى علماء النفس أن هناك إرتباطاً وثيقاً بين الشخصية ككل وبين القيم، فإذا عرفنا قيم الشخص فإننا نعرف شخصيته جيداً. (٢٢: ٢٣٨) لأن القيم تقدم التبريرات التى تساق للأفعال، وسواء تم ذلك نزولا على تقدير ذاتى أو إجتماعى، ومن هنا تأتى أهميتها فى تفسير السلوك والدوافع إليه، ذلك لأن القيم من أهم الوسائل التى تزيد من فهمنا للشخصية الإنسانية، وتمكننا من تفسير الاختلافات فى السلوك (٣٣: ٥٠٢).

وينظر إلى القيم بأنها إتجاهات مركزية نحو ما هو مرغوب أو غير مرغوب، وتشكل القيم المركزية محوراً لكثير من الإعتقادات والإتجاهات والسلوك، وقد تؤثر فى أحكامنا وأفعالنا إلى ما هو أبعد من الموقف المباشر أو الموقف المعين وذلك عن طريق إمداد الفرد بإطار مرجعى لإدراك وتنظيم الخبرة، وللاختيار بين بدائل الفعل. (٢٨: ٥).

كما أن القيم ظاهرة ديناميكية متطورة ولذلك لابد من النظر إلى القيم من خلال الوسط الذى ينشأ فيه الفرد، والحكم عليها حكماً موقفياً وذلك بنسبتها إلى المعايير التى يضعها المجتمع فى زمن معين وبإرجاعها إلى الظروف المحيطة بثقافة المجتمع (٣٩: ٥٨).

ومن خلال تطبيق إستفتاء القيم الذى يتضمن: (أ) السلوك الفعلى، (ب) السلوك المرغوب على أفراد العينتين الأولى وهى عينة العاملين العائدين من الخارج والثانية عينة العاملين داخل جمهورية مصر العربية نستطيع أن نؤكد الفرض الثانى وهو وجود إرتباط ذات دلالة إحصائية بين العينتين فى الأنساق القيمية.

المراجع العربية

١ - أحمد عزت راجح (١٩٧٩)، «أصول علم النفس، الطبعة الثانية عشرة، دار المعارف، القاهرة.

٢ - أحمد خيرى حافظ (١٩٨٠)، «سيكولوجية الاغتراب لدى الشباب الجامعى - «دراسة ميدانية، رسالة دكتوراه غير منشورة، مكتبة جامعة عين شمس المركزية.

٣ - أسعد رزق، مراجعة عبد الله عبد الدايم (١٩٧٧)، «موسوعة علم النفس، الطبعة الأولى - المؤسسة العربية للدراسات والنشر - بيروت.

٤ - أنتونى ريتشموند، (١٩٨٥)، «التكيف الاجتماعى الثقافى والصراع فى البلدان المستقبلية للمهاجرين، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية - العدد (٦١) - مركز مطبوعات اليونسكو القاهرة.

٥ - الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء (١٩٨٧)، «الكتاب الإحصائى السنوى لجمهورية مصر العربية، مرفق رقم (١).

٦ - بثينة قنديل (١٩٧٥)، «التغير النفسى والتغير الاجتماعى فى قرية مصرية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية - الهيئة العامة للكتاب، القاهرة.

٧ - توفيق مرعى (١٩٨٤)، «الميسر فى علم النفس الاجتماعى، دار الفرقان للنشر والتوزيع - الأردن.

٨ - جابر عبد الحميد (١٩٧٣) «كراسة تعليمات مقياس التفضيل الشخصى»، دار النهضة العربية، القاهرة.

٩ - جمال مختار حمزة (١٩٩٥)، «التعليم باللغات الأجنبية، وإنتماء التلاميذ - رؤية نفسية، مجلة علم النفس - العدد الرابع والثلاثون - إبريل - يونية - الهيئة العامة للكتاب - القاهرة.

١٠ - حامد زهران (١٩٧٧)، «علم النفس الاجتماعى»، الطبعة الرابعة - عالم الكتب - القاهرة.

١١ - حامد زهران، وإجلال سرى (١٩٨٥)، «القيم السائدة والقيم المرغوبة فى سلوك الشباب»، بحث ميدانى فى البيئتين المصرية والسعودية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالأشتراك مع كلية التربية - جامعة حلوان، المؤتمر الأول لعلم النفس ، ابريل.

١٢ - زينب القاضى (١٩٨٥)، «التوتر النفسى وعلاقته ببعض سمات الشخصية - دراسة مقارنة بين المتفوقين والمتخلفين تحصيليا من طلبة الجامعة»، رسالة دكتوراة غير منشورة - كلية الآداب - جامعة عين شمس.

١٣ - رونالد، ب.روبر، ترجمة وإعداد ممدوحه سامه (١٩٨٦) «كراسة تعليمات ودليل استخدام إستبيان تقدير الشخصية للكبار، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٤ - سامية القطان (١٩٧٤)، «دراسة مقارنة لمستوى القلق عند المراهقات الكفيفات والمبصرات»، رسالة ماجستير غير منشورة، المكتبة المركزية بجامعة عين شمس - القاهرة.

١٥ - سامية موسى (١٩٨٧)، «المشكلات النفسية والاجتماعية لبعض الأسر المصرية المقيمة خارج الجمهورية»، رسالة دكتوراه غير منشورة - كلية البنات - جامعة عين شمس.

١٦ - سعد جلال (١٩٥٧)، «التوجيه والإرشاد النفسى والتربوى والمهنى»، دار المعارف - القاهرة.

١٧ - سميحة نصر (١٩٨٣)، «الشخصية العدوانية وعلاقتها بالتنشئة الاجتماعية والاتجاهات الوالدية فى التنشئة وإرتباطها بعدوانية الأبناء»، رسالة ماجستير غير منشورة - كلية الآداب، جامعة عين شمس.

١٨ - ضياء الدين أبو الحب (١٩٧٧)، «المشكلات النفعالية كما يعبر عنها طلبة الجامعات فى العراق»، مطبعة المعارف - بغداد.

١٩ - عبد الباسط عبد المعطى (١٩٨٤)، «الهجرة النفطية والمسألة الاجتماعية - دراسة ميدانية على عينة من المصريين العاملين بالكويت - مكتبة مدبولى - القاهرة.

٢٠ - عبد اللطيف خليفة (١٩٩٢)، «إرتقاء القيم - دراسة نفسية، عالم المعرفة، مطابع السياسة - الكويت - ابريل.

٢١ - عبد المنعم الحفنى (١٩٨٥)، «موسوعة علم النفس والتحليل النفسى»، الجزء الأول - مكتبة مدبولى - القاهرة.

٢٢ - عبد الله عبد الحى (١٩٨١)، «المدخل إلى علم النفس، مكتبة الخانجى، القاهرة.

٢٣ - عماد الدين اسماعيل (١٩٧١)، «مشكلات طلاب الجامعات، المجلة الاجتماعية القومية - المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية - العدد الأول - المجلد الثامن.

٢٤ - علياء شكرى وآخرون (١٩٩٢)، «دراسات فى علم السكان»، دار المعرفة الجامعية الاسكندرية.

٢٥ - غادة عوامات (١٩٨٧)، «مشاكل وقضايا تعليم أبناء المهاجرين العرب فى أوروبا مع التركيز على فرنسا «المجلة العربية للتربية - العدد (٢) سبتمبر.

٢٦ - فاروق عبده (١٩٨٩)، «التأثيرات الثقافية للأسرة المهاجرة - دراسة تربوية، مجلة كلية التربية بدمياط - جامعة المنصورة - العدد الثانى عشر - يونيو.

٢٧ - فوزية دياب (١٩٦٦)، «القيم والعادات الاجتماعية»، دار الفكر العربى للطباعة والنشر - القاهرة.

٢٨ ـ لويس مليكة (١٩٨٩)، «سيكولوجية الجماعات والقيادة»، الطبعة الأولى، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة.

٢٩ ـ مصطفى فهمى (١٩٧٦)، «الصحة النفسية: دراسات فى سيكولوجية التكيف»، مكتبة الخانجى ـ القاهرة.

٣٠ ـ مصطفى فهمى (١٩٧٨)، «التكيف النفسى»، مكتبة مصر ـ القاهرة.

٣١ ـ محمد رشيد الفيل (١٩٨٩)، «هجرة الكفاءات العلمية والعربية، ودور مجلس التعاون فى الإفادة منها»، العدد (٩)، كلية الآداب، جامعة الكوين.

٣٢ ـ محمد مصطفى زيدان، محمد عبد الغنى (١٩٧٧)، «علم النفس التربوى والاجتماعى، مكتبة الجهاز الكبرى ـ القاهرة.

٣٣ ـ محمود أبو زيد (١٩٨٧)، «المعجم فى علم الإجرام والاجتماع القانونى والعقاب، دار الكتاب للطباعة والنشر، القاهرة.

٣٤ ـ محمود عبد الفضيل وسعد الدين إبراهيم (١٩٨٣)، إنتقال العمالة العربية، مركز دراسات الوحدة العربية ـ بيروت.

٣٥ ـ محمود أبو النيل (١٩٨٤)، «الحصاء النفسى والاجتماعى والتربوى»، مكتبة الخانجى، القاهرة.

٣٦ ـ منصور أحمد (١٩٨٦)، «دور القيم فى تعليم الجغرافيا فى المدرسة الثانوية، مجلة كلية التربية ـ جامعة الزقازيق، العدد الثانى ـ يوليو.

٣٧ ـ نظمية زين العابدين (١٩٦٩) «أثر بعض أساليب المعاملة الوالدية من جناح الأحداث رسالة ماجستير غير منشورة ـ كلية التربية جامعة عين شمس.

٣٨ ـ وفاء فهيم مرقص (١٩٨٥)، «أثر أنتقال القوى العاملة المصرية إلى الخارج على التنمية الصناعية فى مصر»، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

٣٩ ـ يوسف عبد الفتاح (١٩٩٠)، «الفروق فى القيم بين المواطنين والوافدين من الجنسين فى دولة الأمارات»، قراءات علم النفس الاجتماعى فى الوطن العربى ـ مجلد (٥)، الهيئة العامة للكتاب.

٤٠ ـ يوسف عبد الصبور (١٩٨٧)، «الحاجة للأنتماء والمسئولية الاجتماعية لدى أبناء العاملين بالخارج وعلاقتهما باتجاهاتهم نحو العمل المدرسى»، رسالة دكتوراه غير منشورة ـ كلية التربية بسوهاج.

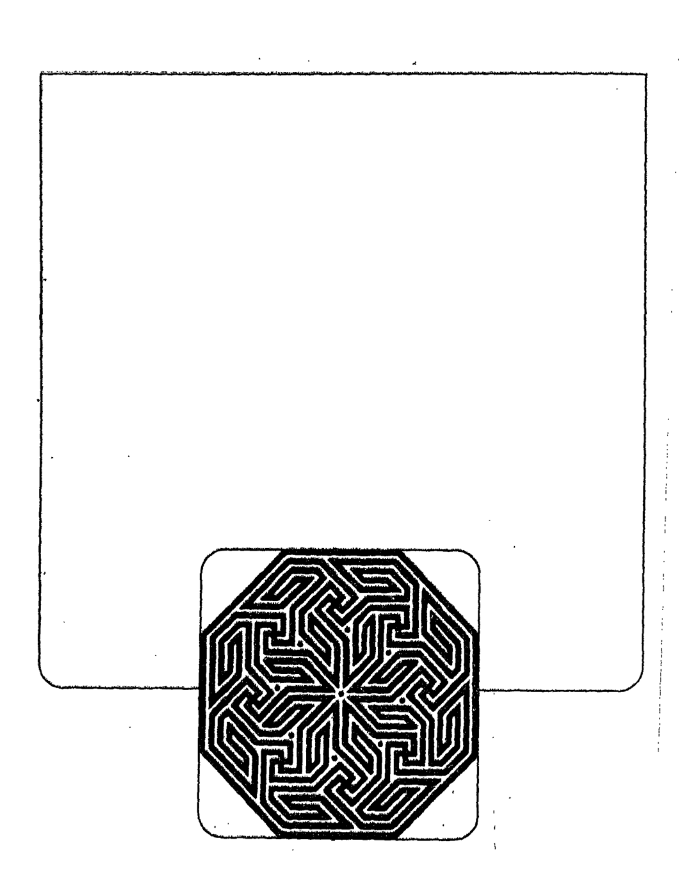
المراجع الأجنبية

41.English, H. And English, A. (1968) "A commprehensive Dictionary of Psychological And Psycho-analysine terms" Longman and Green Co.

42. P. London.

43. I.L.O., (1976) "Employment opportunities and Enquity" Op. cit.

44. James Drever (1953): "Dictionary of Psychology" penguin Books P., London.



تبـاين مـسـتـويات الانصـيـاع للسلطة مع اتجاه النسق القيمى وبعض متغيـرات الشـخـصـيـة

دراسة تجريبية

إعداد

عبدالفتاح السيد درويش

مقدمة

يمدنا التراث السيكولوچى بعلم النفس الإجتماعى بالعديد من الإسهامات التى تعد من أهم السبل عند محاولة بحث البعض من الظواهر أو السلوكيات الفردية مثل واجبات السلطة وحدود طاعتها من قِبَل الأفراد، والعوامل المحددة لها.

فطاعة السلطة خير فى ذاتها وهى الركيزة الوحيدة التى تقوم عليها الحياة السياسية والإجتماعية المستقرة الآمنة.. خاصة فى ظل سياسة تشريعية محددة للأفراد داخل المجتمع، ولكن أن تصل درجة الطاعة إلى حدود الانصياع الأعمى - فغالبًا ما تكون عادة خطيرة - ذات تأثير بالغ القسوة على الأفراد والمجتمع بصفة عامة.

حيث فقدت البشرية ملايين الأفراد إبان فترات الحروب السابقة نتيجة الترحيب بالانصياع الأعمى وطاعة الأوامر.

أهمية الدراسة :

وتبرز أهمية الدراسة فيما يلى:

(أ) على النطاق الأكاديمى

لاحظ الباحث قلة الدراسات بمجال علم النفس الإجتماعى التجريبى لمثل هذا الموضوع - بالنسبة للبيئة العربية - نظراً للصعوبات التى تتسم بها من حيث طبيعة إجراءاتها، وما تتطلبه من ضبط تجريبى شديد.

(ب) على النطاق الإجتماعى:

تحاول الدراسة تفسير سلوكيات العنف السائدة داخل المجتمع المصرى فى الوقت الراهن، وذلك فى ضوء تعامل الأفراد واحتكاكهم برموز السلطة (رجال الشرطة - رجال القانون... الخ).

مع محاولة التعرف على أهم الخصائص المرتبطة بسلوك الانصياع.

** بحث حصل به الباحث على درجة الماجستير فى الآداب من قسم علم النفس، كلية الآداب - جامعة طنطا ١٩٩٥.
تحت إشراف: ا.د/ عبد السلام أحمدى الشيخ.

أهداف الدراسة :

هدفت الدراسة إلى :

(أ) التعرف على الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الانصياع على المتغيرات: التذوق الجمالي، النسق القيمي، حالة القلق، تقييم المجرب كسلطة، الجنس، القابلية للإيحاء، الجاذبية الإجتماعية، التطرف.

(ب) التعرف على تأثير الإجراءات المصممة تجريبياً لدفع المفحوص لإعطاء صدمة كهربائية لفرد آخر إلى تغير درجاته على (التذوق الجمالي، النسق القيمي، حالة القلق)،

وذلك بعد خضوعه لهذه الإجراءات عما كان قبلها.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :

حدد الباحث مشكلة الدراسة في عدد من التساؤلات الآتيه:

أولاً :ـ هل توجد فروق بين مرتفعي ومنخفضي الانصياع على المتغيرات:

التذوق الجمالي

النسق القيمي

حالة القلق

تقييم المجرب كسلطة

الجنس

متغيرات الشخصية (القابلية للإيحاء، الجاذبية الإجتماعية، التطرف) ؟

ثانياً:ـ هل يمكن أن تؤدي الإجراءات المصممة تجريبياً لدفع المفحوص لإعطاء صدمة كهربائية لفرد آخر إلى تغير درجاته على المتغيرات (التذوق الجمالي، النسق القيمي، حالة القلق) وذلك بعد خضوعه لهذه الإجراءات عما كان قبلها.

الفروض :

وإفترضت الدراسة الفروض التالية:

١ ـ أن مرتفعي الانصياع ترتفع درجاتهم على السعة، المرونة بينما تنخفض على الشدة عن منخفضي الانصياع.

٢ ـ أن مرتفعي الانصياع ترتفع مسايرتهم لفئات النسق القيمي بينما تنخفض شدة تمسكهم بهذه القيم عن منخفضي الانصياع.

٣ ـ أن مرتفعي الانصياع تنخفض درجاتهم على القلق عن منخفضي الانصياع.

٤ ـ أن مرتفعي الانصياع يرتفع لديهم التوجه نحو المجرب كسلطة عن منخفضي الانصياع.

٥ ـ أن مرتفعي الانصياع يشتملون على عدد من الإناث أكثر من حجم الذكور عن منخفضي الانصياع.

٦ ـ أن مرتفعي الانصياع أكثر ارتفاعاً على درجة القابلية للإيحاء عن منخفضي الانصياع.

٧ ـ أن مرتفعي الانصياع أكثر ارتفاعاً على درجة الجاذبية الاجتماعية عن منخفضي الانصياع.

٨ ـ أن مرتفعي الانصياع أكثر ارتفاعاً على التطرف الايجابي، عدم الاكتراث، المرونة السلبية بينما يرتفع منخفضي الانصياع على المرونة الايجابية، التطرف السلبي.

٩ ـ يحتمل أن تؤدي الإجراءات المصممة تجريبياً لدفع المفحوص لإعطاء صدمة كهربائية لفرد آخر «المتعلم» إلى تغير درجاته على المتغيرات (التذوق الجمالي، النسق القيمي، القلق) وذلك بعد خضوعه لهذه الإجراءات عما كان قبلها.

أما عن إجراء التجربة :

* إستخدم الباحث المنهج التجريبي لمعالجة الدراسة.

* وبالنسبة للتصميم التجريبي ـ اعتمد الباحث على تصميم اقتراب الضحية ـ حيث يتضمن تواجد كل من (المجرب ومعاونوه والمفحوص والمتعلم) في حجرة واحدة وعلى مسافات متقاربة.

* أما عن العينة ـ تكونت عينة الدراسة من ١٥٠ طالب وطالبة من جامعة المنوفية بالفرقتين الأولى، الرابعة (٧٠ ذكوراً، ٨٠ إناثاً)، وتراوحت أعمارهم من ١٩ ـ ٢٣ عاماً (بمتوسط ١٩,٦ وانحراف معياري ١,٥).

* وبالنسبة لأدوات الدراسة ـ استخدم الباحث الأدوات التالية:

(جهاز مولد الصدمات الكهربائية)

من اعداد/ الباحث

تحت إشراف أ. د/ عبدالسلام الشيخ

أستمارة رصد بيانات تجربة

إعداد الباحث

إشراف أ د/ عبدالسلام الشيخ

أستمارة مهام التجربة.

إعداد والباحث

إشراف أ د/ عبدالسلام الشيخ

جهاز كاسيت ـ ساعة إيقاف.

وكذلك بطارية اختبارات لفظية شملت:

١ - اختبار تقييم المجرب كسلطة

من اعداد/ الباحث

تحت إشراف أ.د/ عبدالسلام الشيخ

٢ - اختبار التذوق السمعي

اعداد أ.د/ عبدالسلام الشيخ.

٣ - اختبار حالة القلق

ترجمة واعداد أ. د/ أحمد عبدالخالق.

٤ - اختبار القابلية للإيحاء

ترجمة واعداد أ.د/ صبري جنورة، حسن عيسي.

٥ - اختبار الجاذبية الاجتماعية

ترجمة واعداد أ. د/ عبدالسلام الشيخ

٦ - اختبار الصداقة الشخصية

اعداد أ. د/ مصطفي سويف.

* وللتحقق من فاعلية إجراءات الباحث خاصة اختبار التصميم التجريبي، تقنين الأدوات المستخدمة بالدراسة - قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية بهذا الصدد وقد انتهت إلي عدة مؤشرات إيجابية.

* وأجريت التجربة - بمقابلة الباحث «المجرب» للمفحوصين المتطوعين بالمختبر، وبعد ذلك ألقيت التعليمات الأولية لإجراء التجربة، حيث حددت أدوار كل عضو بالتجربة وذلك تبعاً لنسق محدد من قبل الباحث.

* أما بالنسبة للأساليب الإحصائية - فقد استخدم الباحث الأساليب التالية:

١ - اختبار مان - ويتني «ى» لحساب دلالة الفروق اللابارامترى.

٢ - اختبار «ت» لحساب دلالة الفروق.

٣ - اختبار كا٢ لحساب دلالة الفروق للتوزيعات التكرارية.

٤ - اختبار فيشر لحساب دلالة الفروق للتوزيعات التكرارية.

* وانتهت الدراسة إلي عدة نتائج مؤداه ما يلي:

١- ارتفع مرتفعي الانصياع علي السعة، المرونة بينما انخفضت الشدة عن منخفضي الانصياع.

٢- كذلك اتضح أن مرتفعي الانصياع قد ارتفعت درجة مسايرتهم لفئات النسق القيمي بينما انخفضت شدة تمسكهم بهذه القيم عن منخفضي الانصياع.

٣- لم تظهر فروق بين مرتفعي الانصياع ومنخفضي الانصياع علي القلق.

٤- كذلك اتضح أن مرتفعي الانصياع أكثر توجهاً نحو المجرب كسلطة عن منخفضي الانصياع.

٥- بينما لم تظهر فروق بين مرتفعي الانصياع ومنخفضي الانصياع علي الجنس.

٦- كما ارتفع مرتفعي الانصياع علي القابلية للإيحاء عن منخفضي الانصياع.

٧- أيضاً ارتفع مرتفعي الانصياع علي الجاذبية الاجتماعية عن منخفضي الانصياع.

٨- كذلك ارتفع مرتفعي الانصياع علي التطرف الإيجابي وعدم الاكتراث والمرونة السلبية بينما ارتفع منخفضي الانصياع علي المرونة الايجابية، التطرف السلبي.

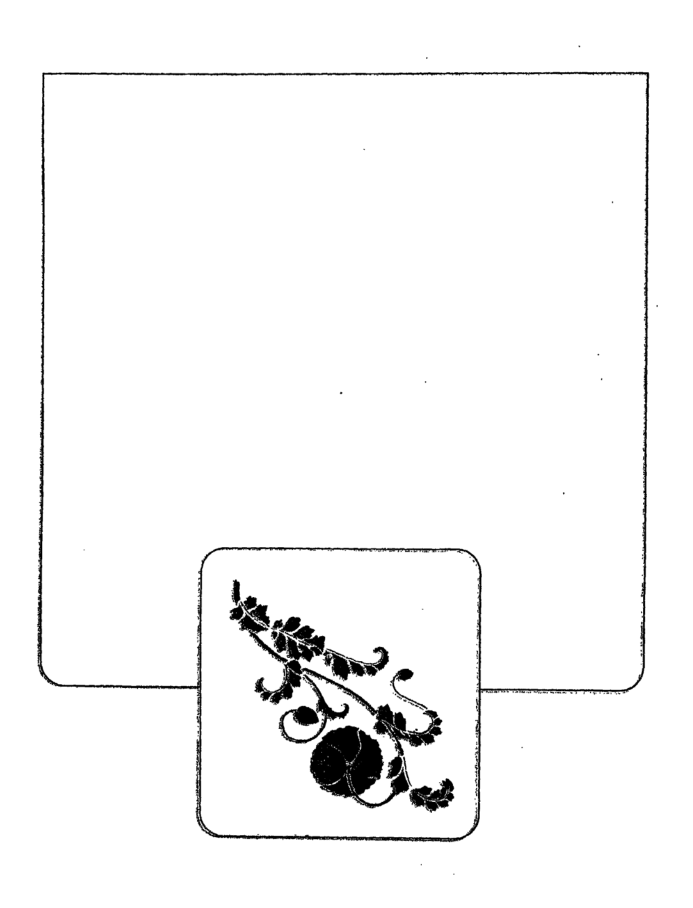
٩- كما اتضح تأثير الإجراءات المصممة تجريبياً علي المفحوصين - بالنسبة إلي:

(أ) التذوق الجمالي ظهرت تغيرات علي المرونة حيث انخفضت بعد التجربة عند مرتفعي ومنخفضي الانصياع بينما لم تظهر تغيرات علي السعه والشدة.

(ب) النسق القيمي ظهرت تغيرات علي فئات النسق القيمي بعد التجربة عند مرتفعي الانصياع حيث انخفضت (القيم الفنية، الإجتماعية، الدينية، الطبيعية) بينما ارتفعت القيم النفعية.

كما حدثت تغيرات علي القيم (الفنية، الطبيعية) حيث انخفضت بعد التجربة عند منخفضي الانصياع.

(جـ) القلق لم تظهر تغيرات بعد التجربة علي القلق عند مرتفعي الانصياع بينما ظهرت عند منخفضي الانصياع حيث انخفض مؤشره.



قواعد النشر فى مجلة علم النفس

١ - يراعى ذكر عنوان المقال ، واسم الكاتب ، ووظيفته ، ومقر الوظيفة .

٢ - يراعى عند الكتابة لأول مرة لهذه المجلة ، أن يذكر الكاتب المؤهلات وجهة التخرج واسمه الثلاثى .

٣ - يجب أن يشفع الكاتب مقاله بقائمة بالمراجع التى رجع إليها رجوعا مباشرا . ويكون ذكر المراجع على النحو الآتى :
- فى حالة الكتب : اسم المؤلف كاملا ، عنوان الكتاب ، بلد النشر ، وسنة النشر واسم الناشر ، وتذكر الطبعة إذا لم تكن الأولى .
- فى حالة المقالات المنشورة فى دوريات التخصص : اسم المؤلف كاملا ، عنوان المقال ، اسم المجلة ، سنة النشر ، المجلد ، العدد ، ثم الصفحات التى يشغلها المقال .

٤ - يجب الالتزام بالقواعد المتعارف عليها عالميا فى شكل المقالات التى تقوم أساساً على ذكر الدراسات الميدانية أو التجارب المعملية . فيورد الكاتب مقدمة يحدد فيها مشكلة البحث ، ومدى الحاجة إلى معالجة هذه المشكلة ، ثم يقدم قسما عن إجراءات البحث يتكلم فيه عن الأدوات والعينة وتصميم الدراسة والأسلوب الذى اتبع فى استخدام الأدوات وجمع البيانات ، ثم يفرد قسما لتقديم النتائج ومناقشتها .

٥ - فى المقالات النظرية يراعى ان يبدأ الكاتب بمقدمة يعرف فيها مشكلة البحث . ووجه الحاجة إلى معالجة هذه المشكلة ، ويقسم العرض بعد ذلك إلى أقسام على درجة من الاستقلال فيما بينها ، بحيث يقدم كل قسم فكرة أو جزءاً من الموضوع قائما بذاته .

٦ - يراعى فى المقالات النظرية والتجريبية / أو الميدانية على حد سواء .

الاقتصاد الشديد فى نشر المادة الإحصائية فى صورتها الرقمية ويمكن الاسترشاد فى ذلك بنماذج المقالات التى تنشر فى مجلة الـ American Psychologist الصادرة عن جمعيه علم النفس الأمريكية ، أو مجلة الـ Bulletin الصادرة عن جمعية علم النفس البريطانية . وتوضح عشرات المقالات المنشورة فى هاتين المجلتين أن العبرة ليست بكثرة الأرقام والجداول ، وإنما العبرة بوضوح مشكلة البحث وتحددها امام الكاتب ، وبحسن الاستيعاب لتراث الدراسات التى سبق أن تناولت أطرافا من هذه المشكلة ، وبوجود رؤية جديدة ، أو معان جديدة ، لدى الكاتب يسهم بها فى تطوير النظر إلى هذه المشكلة .

٧ - تعرض المادة المقدمة للمجلة على محكمين متخصصين ، وذلك على نحو سرى ، لتقدير الصلاحية للنشر ، وتقوم إدارة المجلة بإخطار الباحثين والمؤلفين بالنتيجة دون الإيضاح عن شخصية المحكمين .

وتورد المجلة فى ردها على المؤلفين آراء المحكمين ومقترحاتهم إذا كان المقال فى حال يسمح بالتصحيح والتعديل ، أما إذا لم يكن فتحتفظ المجلة بحقها فى رد المقال إلى صاحبه والاعتذار عن النشر دون إبداء الأسباب .

٨ - يراعى فى أحجام المقالات أن تكون أحجاما معقولة ، بحيث تتراوح بين ثلاثة آلاف وتسعة آلاف كلمة ، هذا بخلاف قائمة المراجع .

٩ - ترحب المجلة بالجهود العلمية البناءة لجميع الزملاء المتخصصين فى دراسات السلوك والخبرة البشرية ، سواء كانوا من علماء النفس ، أو من التربويين ، أو من الأطباء النفسيين ؛ والاخصائيين الاجتماعيين ، وعلماء الاجتماع . وكل من تسمح تخصصاتهم بإثراء زاوية النظر العلمية إلى السلوك والخبرة البشرية .

١٠ - لغة النشر فى المجلة هى اللغة العربية ، وتهيب إدارة المجلة بالزملاء جميعا أن يعنوا بسلامة اللغة عناية خاصة ، سواء من حيث صحة المفردات ، وسلامة التراكيب ، وسلاسة الأسلوب .

وعندما يشار إلى أسماء بعض الاعلام الأجانب يوضع اسم العالم باللغة الأجنبية إلى جوار كتابته بالعربية فى سياق النص . وهذا فى حالة ذكر اسم هذا العالم للمرة الأولى ، فإذا ورد اسمه فى السياق بعد ذلك يكتفى بكتابة الاسم بالعربية .

وعندما يرى الكاتب انه يضع ترجمة عربية لمصطلح أجنبى لم يستقر الرأى على وضع ترجمة محددة له ففى هذه الحالة يضع رقما صغيرا فوق الكلمة العربية ويضع المصطلح بلغة أجنبية فى الهامش هذا فى المرة الأولى لذكر المصطلح .

فإذا عاد الكاتب إلى ذكره مرة ثانية فيكتفى بالترجمة العربية الواردة فى السياق .

١١ - الإشارة إلى المراجع فى سياق النص تكون بذكر اسم المؤلف وسنة النشر بين قوسين فى الموضع المناسب . ويكون ترتيب المراجع فى القائمة الواردة فى نهاية المقال حسب الترتيب الأبجدى لأسماء المؤلفين .

ويفرق فى قائمة المراجع بين العربى منها والأجنبى وبالتالى توضع قائمتان (إذا لزم الأمر) الأولى هى قائمة المراجع العربية ، والثانية تشمل قائمة المراجع الأجنبية .

١٢ - لا تنشر المجلة مواد سبق نشرها باللغة العربية فى مجلة أو كتاب فى أى مكان فى الوطن العربى .

١٣ - لا تنشر المجلة مواد مستمدة مباشرة من رسائل الماجستير والدكتوراه .

رجاء

ترجو إدارة المجلة السادة الكتاب المتعاملين معها بكتابة اسمائهم ثلاثية وعناوين محلات إقامتهم طبقا للبيانات المدونة ببطاقتهم حفاظا على حقوقهم المالية عند صرف مكافآتهم .

● تنويه

ترجوادارة المجلة الأقلال من الجداول كما هو مذكور فى التعليمات وإلا سنضطر آسفين لعدم نشر الابحـــاث

علم النفس



مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب .

الأسعار فى البلاد العربية والأجنبية

الكويت ديناران، البحرين ١٤٠٠ فلس، سوريا ٥٦ ليرة، لبنان ٣٠٠٠ ليرة، الأردن دينار ونصف، السعودية ٢٤ ريالاً، السودان ٩٥٠ قرشا، تونس ٣٠٠٠ مليم، الجزائر ٥٦ ديناراً، المغرب ٣٥ درهم، الجمهورية اليمنية ٤٠ ريالاً، ليبيا ٣,٢٠٠ ديناراً، الدوحة ١٤ ريالاً، الامارات ١٤ درهماً، غزة القدس ٢٠٠ سنت، سلطنة عمان ١٥٠٠ بيزة، لندن ٤٠٠ بنس، نيويورك ١٠٠٠ سنت.

الإشتراكات

* من الداخل

عن سنة (٤ أعداد) ١٠٫٨٠ عشرة جنيهات وثمانون قرشا، ومصاريف البريد ٢٨٠ قرشاً وترسل الاشتراكات بحوالة بريدية أو شيك باسم الهيئة المصرية العامة للكتاب.

* من الخارج

عن سنة (٤ أعداد) ٢٠ دولاراً للأفراد، ٣٨ دولاراً للهيئات مضافاً إليها مصاريف البريد، البلاد العربية ٨ دولار وأمريكا وأوروبا ٢٤ دولاراً.

* المراسلات

مجلة علم النفس ـ الهيئة المصرية العامة للكتاب
ـ كورنيش النيل ـ رملة بولاق ـ القاهرة
تليفون ٧٧٥٣٧١ ـ ٧٧٥٠٠٠
الهيئة المصرية العامة للكتاب

علم النفس

مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب

الثمن ٢٠٠ قرش